

FONDS D'ACTION SOCIALE

FORMULAIRE DEMANDE D'AIDE **HANDICAP** (Fauteuil roulant / appareillages et aménagement)

N° adhérent											Garantie	
N° de Sécurité Sociale												
NOM – Prénom												
NOM de jeune fille												
Adresse												
Code Postal											Ville	
Téléphone												
Email												@
Nom de la personne concernée par la demande												

Conjoint (concubin ou pacsé) adhérent à la Mutuelle :

Oui

Non

BUDGET	Revenu net/mois
Agent	€
Conjoint, concubin ou pacsé	€
Autres personnes à charge	€
Allocations familiales	€
Allocation logement	€
Pension alimentaire	€
Autres prestations (CGOS, CNRACL, AAH, IRCANTEC, MSA, Invalidité...)	€
Autres revenus	€
TOTAUX	€
Nombre d'enfant à charge :	

Plafond FAS (cadre réservé à la mutuelle) :

Je certifie sur l'honneur que les informations portées sur ce dossier (2 pages) sont exactes et ne comportent aucune omission.

J'ai bien noté que ces renseignements sont des éléments essentiels pour l'octroi d'une aide et toute fausse déclaration engage ma responsabilité.

Fait à :

Le :

SIGNATURE



So' Lyon Mutuelle
Siège Social : 18 rue Gabriel Péri
CS 30094 - 69623 VILLEURBANNE CEDEX

JUSTIFICATIFS A JOINDRE (impérativement)

- Copie de l'avis d'imposition de l'année en cours
- Justificatifs des autres ressources (allocation handicap, invalidité)
- Attestation CAF
- Justificatifs des dépenses de santé (factures acquittées, devis de moins de 6 mois ou décomptes)
- La décision accord ou refus de la MDPH et/ou de la Maison du Rhône et/ou CNRACL
- La prescription médicale datant de moins de 6 mois

PARTIE RESERVÉE A SO'LYON MUTUELLE

Domaine d'intervention de l'aide :

Coût global : €

Remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle autres organismes (CNRACL...) : €

Reste à charge pour l'adhérent : €

Participation FAS proposée : €

Avis de la commission :