

# Demande

## d'intervention sociale

**CONFIDENTIEL**



Cadre réservé au service

**Préambule :** les informations demandées dans le présent formulaire sont indispensables à l'étude du dossier, il est rappelé que les aides sont facultatives, ponctuelles et étudiées au cas par cas. Toute demande donnera lieu à une réponse écrite.

### 1 - Le demandeur (Écrire en lettres majuscules et en noir)

actif   
  chômeur   
  retraité   
  autre, précisez : \_\_\_\_\_

NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

NOM MARITAL : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL [ ][ ][ ][ ][ ] VILLE : \_\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_

TÉL. PERS : \_\_\_\_\_ PROF : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE [ ] clé [ ][ ][ ]

célibataire   
  marié(e)   
  divorcé(e)   
  séparé(e)   
  PACS   
  vie maritale

à quelle date ? \_\_\_\_\_

veuf(ve) Nom du conjoint décédé(e) : \_\_\_\_\_

Prénom du conjoint décédé(e) : \_\_\_\_\_

Date de décès du conjoint (e) : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

N° de sécurité sociale du conjoint décédé(e) [ ]

ou à défaut date de naissance du conjoint décédé [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

### 2 - Le conjoint actuel

actif   
  chômeur   
  retraité   
  autre, précisez : \_\_\_\_\_

NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE [ ] clé [ ][ ][ ]

### 3 - Autres personnes vivant à votre domicile

NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	PROFESSION OU AUTRE SITUATION

#### 4 - Avez-vous des proches (enfants, famille, amis...) qui vous soutiennent ?

Oui, quotidiennement     Oui, régulièrement     Oui, ponctuellement     Non

Si oui, précisez le lien : \_\_\_\_\_ et la nature de l'aide apportée : \_\_\_\_\_

#### 5 - Soutenez-vous des proches (enfants, famille, amis...) ?

Oui, quotidiennement     Oui, régulièrement     Oui, ponctuellement     Non

Si oui, précisez le lien : \_\_\_\_\_ et la nature de l'aide apportée : \_\_\_\_\_

#### 6 - Les charges de votre foyer

NATURE DES CHARGES	MONTANT	Cochez la case		
		M Mensuel	T Trimestriel	A Annuel
Loyer et charges locatives avant déduction des allocations au logement				
Charges de copropriété				
Frais d'hébergement en maison de retraite				
Frais de maintien à domicile (aide à domicile, aide ménagère, téléassistance...)				
Taxe d'habitation (y compris redevance audiovisuelle)				
Taxe foncière				
Impôt sur le revenu				
Assurances habitation				
Assurances automobile				
Autres assurances				
Electricité - Gaz - Chauffage				
Téléphonie (fixe, mobile, Internet, TV)				
Eau				
Frais de scolarité				
Pensions alimentaires versées				
Cotisations Mutuelle ou Prévoyance (précisez le nom et l'adresse de l'organisme) : _____				
Autres (précisez) : _____				

Commission de surendettement saisie ?  oui     non    Date : \_\_\_\_\_

Plan conventionnel en cours ?  oui     non    Montant : \_\_\_\_\_

Avez-vous des charges liées à une résidence secondaire ?  oui     non

#### Détail des crédits (immobilier, consommation...)

ORGANISME	MOTIF	MONTANT PRÊT	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	MENSUALITÉ

## 7 - Salaires, retraites et autres ressources de votre foyer

SALAIRES ET ASSIMILÉS		MONTANT PERÇU			COCHEZ LA CASE		
		Demandeur	Conjoint	Autre personne vivant au domicile	M mensuel	T trimest.	A annuel
Salaires							
Allocations de chômage							
Indemnités journalières de Sécurité sociale							
Indemnités journalières complémentaires							
<b>RETRAITES DE BASE</b>	D/R (1)	<b>DÉTAILLEZ CI-DESSOUS</b>					
Régime général CNAV, CARSAT, CRAM, CRAV							
Mutualité sociale agricole (non salarié)							
Mutualité sociale agricole (salarié agricole)							
Autres régimes (commerçant, artisan, profession libérale, EDF, SNCF, fonctionnaires...)							
<b>RETRAITES COMPLÉMENTAIRES</b> Agirc, Arrco, autres... Précisez le nom.	D/R (1)	<b>DÉTAILLEZ CI-DESSOUS</b>					
<b>PRESTATIONS SOCIALES</b>		<b>DÉTAILLEZ CI-DESSOUS</b>					
Allocations familiales							
Allocation logement (AL, APL)							
RSA, Prime d'activité							
AAH, AEEH, PCH							
ACTP, APA							
Autres prestations (PAJE, API...)							
<b>AUTRES RESSOURCES</b>		<b>DÉTAILLEZ CI-DESSOUS</b>					
Pension d'invalidité de Sécurité sociale (2)							
Pension d'invalidité complémentaire							
Rente accident du travail							
Revenus fonciers, mobiliers							
Pensions alimentaires perçues							
Autre (précisez) : _____							

(1) Précisez : retraite directe (D) ou retraite de réversion (R)

(2) Si vous percevez une pension d'invalidité, précisez la catégorie :  cat. 1  cat. 2  cat. 3

## 8 - Aides exceptionnelles sollicitées (au cours des 12 derniers mois)

ORGANISME	EN COURS	REFUSÉES	ACCORDÉES		
			DATE	MOTIF DE L'AIDE	MONTANT
Centre communal d'Action sociale ou Mairie					
Conseil Départemental					
Sécurité sociale					
Pôle emploi					
Institution de retraite complémentaire (nom) : _____					
Mutuelle ou prévoyance					
Comité d'entreprise					
Autres organismes (précisez) : _____					

## 9 - Motif de votre demande (Ne pas mentionner d'informations liées à votre santé ou celles de vos proches)

---



---



---



---



---



---

Etes-vous accompagné par un travailleur social ?  oui  non

Précisez ses coordonnées (nom, service, tél.) : \_\_\_\_\_

## 10 - Photocopies des pièces à joindre à votre demande

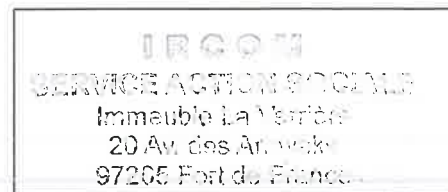
- 1 Dernier avis d'imposition sur le revenu (copie intégrale)
- 2 Relevés bancaires des trois derniers mois justifiant les ressources et charges du foyer
- 3 Toutes pièces utiles justifiant votre demande
- 4 Le(s) dernier(s) bulletin(s) de salaire du dernier mois des personnes vivant au foyer
- 5 \_\_\_\_\_

D'autres justificatifs pourront vous être demandés à l'étude de votre dossier.

**Une seule demande sera recevable par foyer auprès des institutions de retraite complémentaire Agirc et Arrco. J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans ce dossier sont exacts et ne pas disposer de ressources financières me permettant de faire face à mes difficultés.**

À retourner à :

DATE : \_\_\_\_\_ SIGNATURE (obligatoire)



Tél. 0595 55 61 00 - Fax. 0595 73 89 97

« Toute fausse déclaration sur l'honneur ou tout envoi de faux documents est passible de poursuites devant les juridictions civiles et pénales (articles 441-1, 441-7 et 313-1 du Code pénal) ».

« Les institutions de retraite complémentaire sont tenues, ainsi que l'ensemble de leur personnel, au secret professionnel, à l'obligation de discrétion et à l'obligation de confidentialité pour l'ensemble des informations auquel elles ont accès ».

« Les informations recueillies à partir de vos réponses font l'objet d'un traitement informatique. Elles sont destinées au service de l'action sociale de votre institution de retraite complémentaire AGIRC - ARRCO en vue de l'étude de votre demande d'intervention sociale. Vos réponses sont nécessaires à l'instruction de votre dossier ».

La loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification de vos données, que vous pouvez exercer auprès du service de votre institution de retraite complémentaire en charge de la protection des données ou bien auprès du service juridique du GIE AGIRC - ARRCO, 16-18 rue Jules César, 75012 Paris (protection\_des\_donnees@agirc-arrco.fr).