

Demande d'aide

Fonds d'action sociale des professions libérales

Important : merci de remplir ce formulaire très lisiblement

N° d'adhérent :

Vous-même

Madame Monsieur

Nom

Prénom

Nom d'époux/d'épouse

Date de naissance

Numéro de Sécurité sociale

Adresse

.....

.....

Téléphone

Courriel

Êtes-vous (cochez la case correspondante) :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Séparé(e) Vie maritale

Votre conjoint(e), votre concubin(e), votre partenaire dans le cadre d'un PACS

Madame Monsieur

Nom

Prénom

Date de naissance

Numéro de sécurité sociale

Date de mariage ou de Pacs

En cas de décès, précisez la date :

Profession exercée ou ancienne activité si retraité

.....

Situation des enfants, y compris majeurs

| Nom/prénom | Date de naissance | Profession exercée | Situation* |
|------------|-------------------|--------------------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*Précisez si vos enfants sont à votre charge ou s'ils vous apportent une aide.

Vos conditions de logement

Êtes-vous (cochez la ou les cases correspondantes) :

Propriétaire Copropriétaire Locataire Usufruitier Logé à titre gracieux Logé en maison de retraite/foyer

Nature du bien occupé :

| Superficie du bien occupé | Nombre de pièces | Valeur de la résidence principale si vous êtes propriétaire |
|---------------------------|------------------|---|
| | | |

Nombre de personnes présentes au foyer :

Votre patrimoine

i Les questions suivantes ne concernent pas votre résidence principale

| Vos biens immobiliers (estimation de la valeur actuelle en euros) | | |
|--|-----------|----------------|
| Biens | Vous-même | Votre conjoint |
| | | |
| | | |
| | | |

| Vos biens mobiliers et capitaux placés* (estimation de la valeur actuelle en euros) | | |
|--|-----------|----------------|
| Biens ou capitaux | Vous-même | Votre conjoint |
| | | |
| | | |
| | | |

*Capitaux imposables ou non imposables (SICAV, assurance vie, livret d'épargne, etc.)

Avez-vous consenti des donations au cours des cinq dernières années ? **Oui** montant :
 Non

Vos charges

| Charges | Montants annuels en euros |
|--|---------------------------|
| Loyer et charges locatives | |
| 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, automobile...) | |
| Frais liés au logement (électricité-gaz-chauffage-eau-téléphone) | |
| Frais de scolarité | |
| Pensions alimentaires versées | |
| Cotisations Mutuelle ou Prévoyance | |
| Dettes professionnelles | |
| Autres dettes | |
| Plan de surendettement | |

Autres dépenses (préciser)
.....

Déclaration de ressources

Ma situation familiale et mes revenus actuels correspondent à ceux figurant sur l'avis d'impôt sur le revenu que j'ai transmis

Oui, mon avis d'impôt sur le revenu correspond à ma situation actuelle

Non, mon avis d'impôt sur le revenu ne correspond pas à ma situation actuelle et je joins le(s) justificatif(s) correspondant(s)

| Ressources (montants annuels perçus en euros) | | Vous-même | Votre conjoint |
|--|------------------------------|-----------|----------------|
| Retraite des professions libérales | | | |
| Autres retraites | - | | |
| | - | | |
| | - | | |
| Pension de réversion | Régime professions libérales | | |
| | Autres régimes | | |
| Prestations de la CAF | - - | | |
| Autres allocations | AAH, AEEH, PCH, ACTP, APA | | |
| Revenus d'activité | | | |
| Indemnités journalières | | | |
| Revenus fonciers | | | |
| Revenus mobiliers | | | |
| Allocations chômage, pré retraite | | | |
| Aides versées par les enfants | | | |
| Autres revenus (prestation compensatoire suite à un divorce, rentes viagères, rentes assurance vie etc.) | | | |

Aides perçues ou sollicitées au cours des 12 derniers mois (tous organismes)

Avez-vous bénéficié d'une aide de [nom de la section]?

Oui Date Montant :

Non

| Organisme | Type d'aide | Décision de l'organisme |
|---|-------------|-------------------------|
| Centre d'Action sociale ou Mairie | | |
| Département | | |
| Sécurité sociale | | |
| Institution de retraite complémentaire | | |
| Mutuelle ou prévoyance | | |
| Autres organismes (précisez) : | | |

Le contexte de votre demande d'aide

Montant de l'aide que vous sollicitez

Nature et motif de votre demande

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Personne à contacter pour le suivi de votre dossier

Madame Monsieur

Nom

Prénom

✉ Adresse

.....

☎ Téléphone

✉ Courriel

Cette personne est :

Un membre de votre famille, un ami, un proche

Votre tuteur ou curateur

Une assistante sociale

Votre demande ne sera étudiée qu'à réception d'un dossier complet.

Aucune aide ne sera versée avant la production du justificatif de la dépense correspondant à l'objet de la demande.

❗ La décision de la Commission d'Action Sociale ne pourra pas faire l'objet d'un recours devant les tribunaux.

Je certifie l'authenticité des pièces et renseignements fournis.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de déclaration mensongère à un organisme de protection sociale aux fins d'obtention d'une allocation, d'une prestation, d'un paiement ou d'un avantage indu (Article 441-6 du code pénal).

Fait à

Signature obligatoire :

le

[Adresse section]

Le dossier complet est à retourner à l'adresse suivante :

Le questionnaire limite la collecte des données personnelles au strict nécessaire. Les informations recueillies par [nom de la section] sont destinées à l'étude de votre demande d'aide au titre du Fonds d'Action Sociale. Certaines informations seront enregistrées dans un fichier informatisé destiné à sécuriser l'étude de la demande. Les données personnelles recueillies sont traitées selon des protocoles sécurisés de [nom de la section] et permettent de gérer les demandes reçues dans ses applications informatiques. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez bénéficier d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant ou demander la limitation de leur traitement en contactant [mail de la section].

Notice

Vous êtes affilié au régime d'assurance vieillesse des professions libérales et vous souhaitez bénéficier d'une aide du fonds d'action sociale de votre caisse de retraite. Pour connaître les modalités d'attributions des aides, reportez-vous aux informations ci-dessous.

QUELLES SONT LES AIDES ATTRIBUEES ?

► Aides pour la santé

L'action sociale peut intervenir pour la prise en charge de dépassements d'honoraires et d'actes non remboursables ou pour le financement d'une complémentaire santé si vous ne pouvez pas bénéficier des aides légales délivrées par votre caisse d'assurance maladie*.

**Pour en savoir plus sur les dispositifs gérés par l'assurance maladie, cf. le site <http://www.cmu.fr>.*

► Les secours

L'action sociale peut intervenir pour les dépenses de la vie quotidienne (frais de chauffage, consommation d'énergie, équipement ménager, frais de déménagement, loyer), les frais pour charge de famille, les frais d'obsèques.

► Aides pour l'hébergement en établissement pour personnes âgées

L'action sociale peut intervenir pour couvrir une partie des frais d'hébergement en établissement de retraite ou en résidence sénior.

► Aides pour le paiement des cotisations

L'action sociale peut intervenir pour prendre en charge totalement ou partiellement les sommes dues au titre des cotisations obligatoires par suite de circonstances exceptionnelles ou d'insuffisance des ressources.

► Aides pour l'adaptation de l'habitat et la perte d'autonomie

L'action sociale peut intervenir pour le financement des travaux d'aménagement du domicile, l'adaptation du logement au handicap, le réaménagement ou la création de sanitaires adaptés, de monte escalier, le remplacement d'appareils de chauffage, le financement d'appareils numériques adaptés, les frais de téléassistance, les frais de portage de repas, les ateliers du bien vieillir.

► Aides dans le cadre de circonstances exceptionnelles

L'action sociale peut intervenir en cas de difficultés liées à une situation imprévisible ou exceptionnelle entraînant une rupture de l'équilibre financier (difficultés professionnelles, interruption d'activité en raison d'une maladie, catastrophe naturelle).

► Le financement d'une aide-ménagère

Le fonds d'action sociale peut participer à la rémunération d'une aide-ménagère si votre degré de perte d'autonomie est faible : ► vous avez seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ► vous êtes encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante ► vous n'êtes pas éligible aux dispositifs légaux (allocation personnalisée d'autonomie, etc.).

Le financement peut également intervenir si vous êtes confrontés à une incapacité temporaire limitée à 3 mois.

A QUI S'ADRESSENT LES AIDES DU FONDS D'ACTION SOCIALE ?

► Le fonds d'action sociale s'adresse aux affiliés du régime des professions libérales.

Vous êtes cotisant ou vous percevez une pension de retraite du régime des professions libérales, vous êtes titulaire d'une pension de réversion (à condition de ne pas relever d'un autre régime de retraite).

► Votre section professionnelle **doit être votre caisse de retraite principale**. Le fonds d'action sociale peut le cas échéant étudier votre demande en cas de rejet de vos autres organismes d'affiliation.

TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE

Votre demande doit être motivée et accompagnée du formulaire de demande d'aide rempli et signé, ainsi que des pièces justificatives.

A la réception de votre dossier, le service d'action sociale de votre caisse vérifiera s'il est complet et prendra contact avec vous si des pièces complémentaires sont nécessaires.

Votre demande sera étudiée par la commission d'action sociale composée d'administrateurs de la Caisse. A l'issue de l'examen de votre dossier, vous recevrez une notification d'accord ou de rejet.

Les décisions de la Commission d'Action Sociale sont sans appel et révocables. Les aides sont payables mensuellement ou en un seul versement. Elles ne sont pas imposables, ni assujetties au précompte des cotisations CSG-CRDS-CASA. Elles ne sont pas récupérables sur la succession.

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A VOTRE DOSSIER

- Formulaire de demande d'aide
- Photocopie recto-verso de votre dernier avis d'imposition sur le revenu, ainsi que celui de votre conjoint, concubin ou partenaire PACS
- Photocopie des avis d'impôts locaux
- Justificatif de la dépense correspondant à l'objet de la demande (devis, factures, etc.)

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE A VOTRE DOSSIER EN FONCTION DE VOTRE SITUATION

- Photocopie du jugement de tutelle, de curatelle ou de sauvegarde de justice si vous bénéficiez d'un régime de protection juridique
- Quittance de loyer de moins de trois mois
- Justificatifs des charges de copropriété
- Justificatifs des frais d'hébergement en maison de retraite si vous ou votre conjoint, concubin ou partenaire PACS y êtes placés
- Justificatifs de revenus si votre situation a changé par rapport à votre dernier avis d'imposition
- Plan de surendettement
- Justificatifs des dettes
- Justificatifs d'épargne, d'assurance vie, titres, livrets, etc.
- Photocopie de la notification d'attribution ou de rejet à l'APA (allocation personnalisée d'autonomie)