

FONDS SOCIAL

FICHE DE RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES - CONFIDENTIEL -

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Numéro d'affiliation CAVOM : OM _____

Nom de famille(de naissance) :

Prénom :

Nom d'usage (s'il y a lieu) :

Date de naissance :
 Jour Mois Année

N° de Sécurité sociale :

Adresse personnelle : N° et nom de la voie :

Code postal : Commune :

Téléphone personnel

1) AIDE DEMANDEE :

- Aide ménagère *Joindre le dossier ouvert auprès de l'association d'aide à domicile*
- Aide au chauffage *Joindre les factures EDF-GDF, Fioul, Charbon, Bois ...*
- Frais d'hébergement en maison de retraite *Joindre la facture de la Maison de retraite*
- Autres cas (préciser)*Joindre les justificatifs adéquats*

MONTANT DE L'AIDE DEMANDEE

IMPORTANT

La Commission des affaires sociales de la CAVOM attribue des secours aux personnes les plus démunies dans la limite de sa dotation .

Votre demande ne pourra être étudiée que:

- si vous apportez une réponse à toutes les questions posées
le cas échéant , répondez par « NEANT » , ne portez pas de trait , ne biffez pas la question
- et joignez tous les justificatifs demandés

1) SITUATION FAMILIALE :

| Vous êtes * | |
|-----------------|--------------------------|
| Marié(e) | <input type="checkbox"/> |
| Veuf (ve) | <input type="checkbox"/> |
| Séparé(e) | <input type="checkbox"/> |
| Divorcé(e) | <input type="checkbox"/> |
| Pacsé(e) | <input type="checkbox"/> |
| Célibataire | <input type="checkbox"/> |
| * Case à cocher | |

| Conjoint |
|---|
| Nom de famille : _____ |
| Prénom _____ |
| Date de naissance |
| Date de mariage |
| Votre conjoint a t il ou a t' il eu une activité? |
| Laquelle ? |
| Période : |
| Si celui ci est décédé , date du décès : |

| Enfants ** | | | | | |
|--------------|-----|-----------------------|---------|-------------------|---------------------|
| Nom - prénom | Age | Situation de famille* | Adresse | Profession enfant | Profession conjoint |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* Reportez la lettre correspondant à la situation : M pour Marié(e) - V pour Veuf (ve) - S pour Séparé(e) D pour -Divorcé(e) - P pour -Pacsé(e) - C pour Célibataire

** Portez néant sur la rubrique si vous n'avez pas d'enfant

2) INFORMATIONS DIVERSES :

Etes -vous :

Propriétaire OUI NON locataire OUI NON occupant à titre gratuit OUI NON
 Avez vous une résidence secondaire: OUI NON

Avez-vous, au cours des 3 dernières années

Fait appel au Fonds Social de la CAVOM ?
 A celui d'un autre organisme ?

OUI NON
 OUI NON

Si «OUI» Lequel ?

AIDE OBTENUE

| |
|--|
| |
|--|

-Suite-

Bénéficiez-vous de la Couverture maladie universelle (CMU) ? OUI NON

NOMBRE D'ENFANT A CHARGE DONT ETUDIANT

Bénéficiez-vous de bourse d'état pour les étudiants à charge ? OUI NON

SI «OUI» MONTANT ANNUEL.....

Avez-vous déjà consenti des donations ? OUI NON

Êtes-vous soumis à l'Impôt de Solidarité sur la Fortune (ISF) ? OUI NON

Avez-vous des placements ? OUI NON

Y compris Plan d'épargne, Livret de Caisse d'épargne, Assurance Vie, etc...

SI «OUI» MONTANT ANNUEL DES CAPITAUX PLACES

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des présentes déclarations et je m'engage à faciliter tout enquête pour les vérifier

Fait à

Le

Signature :

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du code de la Sécurité sociale, 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.

4) RESSOURCES ANNUELLES DU FOYER :

Joindre votre dernier avis d'imposition

| | | | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|--|
| RETRAITE CAVOM (Base et Complémentaire) | | | | | |
| AUTRES RETRAITES | | | | | |
| SALAIRES ET RENTES | | | | | |
| REVENUS MOBILIERS (Placements) | | | | | |
| AIDE ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> en nature | <input type="checkbox"/> en espèces | MONTANT | | |
| Versée par : | | | | | |
| BENEFICIEZ-VOUS DU FONDS DE SOLIDARITE ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | | | |
| MONTANT | | | | | |
| BENEFICIEZ-VOUS DE L'ALLOCATION LOGEMENT ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | | | |
| MONTANT | | | | | |
| BENEFICIEZ-VOUS DE L'ALLOCATION PERSONALISEE A L'AUTONOMIE ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | | | |
| MONTANT | | | | | |
| AUTRES REVENUS (préciser) | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | TOTAL DES RESSOURCES | réservé à la CAVOM | |

5)CHARGES ANNUELLES DU FOYER :

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|
| MONTANT DU LOYER et des charges locatives ou de copropriété | | | |
| MONTANT DES CHARGES eau, gaz, électricité, chauffage..... | | | |
| MONTANT DES IMPOTS sur le revenu, CSG, Foncier, Habitation.. | | | |
| | | | |
| TOTAL DES CHARGES | Réservé à la CAVOM | | |
| TOTAL DISPONIBLE | | | |
| DISPONIBLE/PERSONNE | | | |