



DEMANDE D'INTERVENTION SOCIALE

CONFIDENTIEL

IDENTITE DES PERSONNES DU FOYER

DEMANDEUR

Vous êtes : Actif(ve) Etudiant(e) Chômeur(se) Retraité(e) Autre :

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

N° Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone Domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

E-mail :

Nom employeur (y compris retraités et ex-salariés) :

Vous êtes : célibataire marié(e) divorcé(e) séparé(e) PACS Vie maritale veuf(ve)

Depuis quelle date?:/...../.....

CONJOINT

Actif(ve) Etudiant(e) Chômeur(se) Retraité(e) Autre :

Nom, prénom :

Date de naissance :/...../.....

N° Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

AUTRE(S) PERSONNE(S) VIVANT AU DOMICILE

NOM ET PRENOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTE	ETUDES SUIVIES OU PROFESSION

RESSOURCES DU FOYER

NATURE DES RESSOURCES DU FOYER	MONTANTS		M Mensuel	T Trimestriel	A Annuel
	DEMANDEUR	CONJOINT/AUTRE			
SALAIRES (ou allocation chômage, indemnités journalières SS et complémentaires)					
RETRAITES DE BASES					
RETRAITES COMPLEMENTAIRES					
PENSIONS (invalidité...)					
AUTRES RENTES (accident du travail...)					
REVENUS MOBILIERES					
REVENUS FONCIERS					
PENSIONS ALIMENTAIRES					
ALLOCATIONS FAMILIALES					
ALLOCATION LOGEMENT (AL,APL)					
RSA					
AAH,AEEH, PCH, ACTP, APA					
AUTRES PRESTATIONS SOCIALES (PAJE, AGED, API...)					
AUTRES (précisez) :					

CHARGES DU FOYER

NATURE DES CHARGES DU FOYER	MONTANTS	M Mensuel	T Trimestriel	A Annuel
IMPOT SUR LE REVENU				
LOYER ET CHARGES LOCATIVES (avant déduction des allocations logement)				
ASSURANCES (habitation, voitures...)				
MUTUELLE				
CHARGES DE COPROPRIETE				
TRANSPORTS				
ABONNEMENT TEL/INTERNET				
PRET IMMO				
PRET CONSO				
EAU				

ENERGIE (électricité, gaz, chauffage...)				
FRAIS D'HEBERGEMENT				
FRAIS DE MAINTIEN A DOMICILE				
TAXE D'HABITATION (y compris redevance audiovisuelle)				
TAXE FONCIERE				
FRAIS DE SCOLARITE				
PENSIONS ALIMENTAIRES				
AUTRES (précisez) :				

DETAIL DES CREDITS (immobilier, consommation...)

ORGANISMES	MOTIF	MONTANT PRET	Début	Fin	Montant

AIDES EXCEPTIONNELLES SOLLICITEES (au cours des 12 derniers mois)

ORGANISMES	MOTIF	EN COURS	Date Accord	Montant	Refus
CCAS ou Mairie					
CONSEIL GENERAL					
SECURITE SOCIALE					
POLE EMPLOI					
Fonds social retraite complémentaire (précisez) :					
Fonds social Mutuelle					
COMITE D'ENTREPRISE					
AUTRES ORGANISMES (précisez) :					

Joindre les justificatifs des aides accordées ou refusées au cours des 12 derniers mois.

MOTIF DE VOTRE DEMANDE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Etes-vous accompagné par un travailleur social : oui non
Précisez ses coordonnées (nom, service, tel...) :

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

- ✧ Photocopie intégrale du/des livret(s) de famille
- ✧ Les bulletins de salaires des 3 derniers mois de toutes les personnes vivant au foyer
- ✧ Photocopie du/des dernier(s) avis d'impôt complet(s) de toutes les personnes du foyer
- ✧ Attestation annuelle de paiement de la CAF, ainsi que celle du mois précédent cette demande
- ✧ Relevés bancaires, postaux, et épargne des trois derniers mois justifiant les ressources et charges du foyer
- ✧ Un relevé d'identité bancaire à votre nom
- ✧ Une prescription médicale (sauf pour les hospitalisations et les soins dentaires)
- ✧ Pour tout dossier dentaire, une radio panoramique récente et lisible
- ✧ Copie des justificatifs de vos dépenses de santé (devis/factures si soins déjà réalisés)
- ✧ Copie des justificatifs de remboursements CPAM et Mutuelle, ou devis
- ✧ Toute pièce utile justifiant votre demande
- ✧

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

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans ce dossier sont exacts et ne pas disposer d'autres ressources financières me permettant de faire face à mes difficultés.

Date :

Signature (obligatoire) :

DIS et pièces justificatives à adresser à :

**A2VIP/ GROUPE APICIL
SERVICE ACTION SOCIALE
38 RUE FRANCOIS PEISSEL
69300 CALUIRE ET CUIRE**

Email : actionsociale.a2vip@apicil.com

Les données personnelles collectées et traitées sont nécessaires à l'étude de votre dossier de demande d'intervention sociale. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour le traitement de votre demande. Les données personnelles ne sont pas conservées au-delà des durées de prescription et de conservation en vigueur. Les informations transmises sont réservées à l'usage exclusif du Groupe APICIL. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement, une limitation ou opposition au traitement, la portabilité de vos données, ou introduire une réclamation ou des directives post mortem en écrivant à : Groupe APICIL - Délégué à la protection des données (DPO), Service Relation Client - 38, rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire. Plus de détails sur : www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles.

A2VIP, institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, enregistrée sous le N° SIREN 803 795 038. Siège social 20 rue de la Baume 75008 PARIS. **APICIL Prévoyance**, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, enregistrée au répertoire SIRENE n° 321 862 500 dont le siège social est situé 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire. Document non contractuel à caractère informatif. SP20/FCR0643