

## 10 MOTIF DE VOTRE DEMANDE

Veillez expliquer en détail l'objet de votre demande : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 11 COMMENT AVEZ-VOUS CONNU L'ACTION SOCIALE HCR PRÉVOYANCE

Affichage dans l'entreprise  Site internet

Employeur  Collègues

Autre : \_\_\_\_\_

## PIÈCES JUSTIFICATIVES INDISPENSABLES

- ➔ Copie du livret de famille.
- ➔ Le dernier avis d'imposition ou de non imposition.
- ➔ L'(Les) attestation(s) annuelle(s) du montant de vos ressources ayant servi à votre dernière déclaration de revenus (prestations ASSEDIC, indemnités journalières ou pension Sécurité sociale...).
- ➔ Copie de votre dernier bulletin de salaire, ainsi que, le cas échéant, celui de votre conjoint et/ou de votre (vos) enfants.
- ➔ La dernière attestation des revenus non imposables que vous avez perçus (prestations familiales, allocation logement, rente accident du travail, pension de guerre...).
- ➔ Justificatifs des aides exceptionnelles et des prestations reçues.
- ➔ Toutes pièces justifiant vos charges (voir rubrique 6).
- ➔ Notification des prêts autres que « accession à la propriété ».
- ➔ Toutes pièces utiles justifiant votre demande (devis, factures, notes de frais, décomptes de Sécurité sociale ou de mutuelle, charges de maintien à domicile...).
- ➔ Le justificatif des capitaux décès perçus.

La véracité des indications portées sur ce questionnaire engage votre responsabilité. Si, au cours des sondages effectués, il s'avérait que notre confiance a été abusée, l'auteur de déclarations erronées serait non seulement tenu de rembourser l'aide reçue mais définitivement privé de toute allocation.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

PREVOYANCE  
**HCR**

**CONFIDENTIEL**

Envoyé le :

Retour le :

KLESIA - Action sociale HCR  
13 rue Denise Buisson  
93554 Montreuil Cedex  
Téléphone : 01 58 57 60 25

## DEMANDE D'INTERVENTION ACTION SOCIALE

*Vous allez formuler une demande d'intervention sociale.*

**Vous devez savoir que :**

- ◆ la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites dans cet imprimé ; elle vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant,
- ◆ les renseignements demandés sont nécessaires pour permettre à la Commission d'action sociale de prendre une décision concernant votre demande,
- ◆ certaines questions posées peuvent vous paraître éloignées de l'objet de votre demande ; il vous est cependant demandé d'y répondre afin de réaliser un bilan de votre situation au regard des diverses aides que l'on peut vous accorder sous diverses conditions (ressources, situation familiale, état de santé, nature de la demande, etc.).

Les renseignements que vous allez nous fournir sont nécessaires pour prendre une décision en fonction de votre demande que vous expliquerez en détail, en dernière page ; toutefois, si vous le pouvez, précisez brièvement ici son objet :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 1 VOTRE IDENTITÉ

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_ clé \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise adhérente à HCR Prévoyance (Malakoff Médéric Prévoyance ou KLESIA Prévoyance) : \_\_\_\_\_

Type de contrat de travail (CDD, CDI...) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

## 2 VOTRE SITUATION DE FAMILLE

Êtes-vous :  célibataire  marié(e)  divorcé(e)  séparé(e)  veuf(ve)  vie maritale

Votre conjoint(e) ou concubin(e) : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Date de décès (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_ clé \_\_\_\_\_

3 VOS ENFANTS (y compris ceux qui ne sont pas fiscalement à charge)							
NOM / PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	ÉTUDES EN COURS (NATURE - NIVEAU)	SITUATION DE FAMILLE	PROFESSION	PROFESSION DU CONJOINT(E)	EST-IL AU FOYER ?	EST-IL À CHARGE ?

4 VOS ASCENDANTS ET AUTRES PERSONNES À CHARGE					
	NOM / PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	ÉTAT DE SANTÉ	PROFESSION
AU FOYER					
HORS FOYER					

5 VOS RESSOURCES	MONTANT MENSUEL PERÇU PAR		
	VOUS-MÊME	VOTRE CONJOINT	UNE AUTRE PERSONNE VIVANT À VOTRE DOMICILE
<b>SALAIRES ET INDEMNITÉS</b>			
Salaires			
Indemnités journalières de Sécurité sociale			
Indemnités complémentaires prévoyance (exemple : GPS) (indemnités journalières ou rentes d'invalidité, rentes de conjoint ou d'éducation)			
Pension d'invalidité de Sécurité sociale			
Pension d'invalidité complémentaire prévoyance (exemple : GPS)			
Rente accident du travail			
<b>ALLOCATIONS</b>			
Allocation pour handicapé (AAH, AES, etc.)			
Prestation spécifique dépendance, Allocation compensatrice tierce personne ou Allocation personnalisée d'autonomie			
Allocation de chômage ou de préretraite			
Revenu minimum d'insertion			
Prestations familiales			
Allocation logement ou Aide personnalisée au logement			
<b>AUTRES</b>			
Rentes viagères			
Revenus mobiliers			
Revenus fonciers			
Revenus industriels et commerciaux			
Pension alimentaire			
Aide des enfants (en nature, en espèces, occasionnelle ou régulière)			
Indemnités chauffage et logement versées par la caisse des mines			
<b>TOTAL</b>			

6 VOS CHARGES		MONTANT en euros	PAIEMENT MENSUEL
<b>CHARGES DIVERSES</b>	Impôts sur le revenu		
	Taxe d'habitation		
	Assurance automobile		
	Dépenses de gaz, électricité, eau, chauffage		
	Téléphone		
	Mutuelle		
<b>SI VOUS ÊTES LOCATAIRE</b>	Loyer		
	Assurance habitation		
<b>SI VOUS ÊTES PROPRIÉTAIRE</b>	Taxe foncière sur propriété bâtie (y compris celle d'une résidence secondaire éventuelle)		
	Remboursement de prêts pour accession à la propriété		
	Charges de copropriété à l'exception du chauffage		
<b>SI VOUS ÊTES HÉBERGÉ</b>	Nature et montant de la participation aux frais :		
<b>VOUS BÉNÉFICIEZ</b>	De l'allocation logement		
	De l'aide personnalisée au logement (APL)		
<b>PRÊTS / CRÉDITS CONSOMMATION</b>	Nature et montant :		

7 AIDES EXCEPTIONNELLES REÇUES OU SOLLICITÉES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS			
ORGANISME	MOTIF	MONTANT	DATE DE VERSEMENT
Centre communal d'action sociale ou Mairie			
Fonds de secours de la Sécurité sociale			
Fonds social d'une institution de retraite complémentaire			
Mutuelle (ou organisme semblable)			
Caisse d'allocations familiales			
Entreprise et/ou Comité d'entreprise			
Autre organisme (exemple : Conseil général)			

8 CAPITAUX DÉCÈS ÉVENTUELS	
Montant : .....	Date de versement :
Nom de l'organisme : .....	
Utilisation : .....	