



Commission Sociale des régimes de prévoyance de l'enseignement privé sous contrat

277 rue Saint Jacques 75240 PARIS cedex 05 –fondsocial@branche-eep.org

FONDS SOCIAL : DEMANDE D'INTERVENTION

Vos coordonnées sont transmises à la commission sociale et feront l'objet d'un traitement informatique dans le cadre de la gestion de votre demande d'aide au fond social.

Nom et adresse de votre employeur :

.....

Etes-vous depuis moins d'un an dans l'établissement : oui non

Quelle fonction occupez-vous ?

.....

Votre statut : Enseignant : oui non, si non êtes-vous : Cadre non Cadre

1^{er} degré : oui non, 2^{ème} degré : oui non, Agricole oui non

Institut de Prévoyance **:.....

DEMANDEUR

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

Adresse :

Mail : Numéro de Tél. :

Situation de famille : Marié(e) ou Concubinage ou Pacsé(e) Divorcé(e) ou séparé(e) Veuf(ve) Célibataire

Etes-vous : en activité en maladie en accident du travail en invalidité avez-vous une RQTH***

** Voir la notice ou le bulletin de salaire ou renseignez-vous auprès de votre établissement

*** Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

**CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E), PARTENAIRE D'UN PACS VIVANT AVEC LE
DEMANDEUR**

Nom:

Prénom :

.....

Nom de naissance :

Date de naissance :

.....

Votre Situation: en activité en retraite en invalide décédé(e) au chômage Reconnu par la CDAPH***

Nom et adresse du dernier employeur :

.....

ENFANTS OU AUTRES PERSONNES A CHARGE

Nom et Prénom	Date de Naissance	Lien de Parenté	Activité professionnelle ou niveau d'études	Observations
.....
.....
.....

*** Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé



Commission Sociale des régimes de prévoyance de l'enseignement privé sous contrat

277 rue Saint Jacques 75240 PARIS cedex 05 –fondssocial@branche-eep.org

MOTIF DE LA DEMANDE

➤ Votre demande est-elle motivée par l'une des situations suivantes :

➤ Frais particuliers occasionnés par la maladie ou le handicap OUI NON

(Joindre factureS et remboursements Sécurité sociale et mutuelle)

➤ Décès du conjoint OUI NON

Avez-vous perçu un capital décès OUI NON

Précisez le montant

Avez-vous eu des frais d'obsèques OUI *(Joindre la facture)* NON

➤ Autres motifs :
.....
.....

➤ Avez-vous fait une demande d'aide financière auprès d'autres organismes pour les mêmes motifs ?

OUI NON

Si oui, veuillez préciser les montants et le nom des organismes concernés (Prestation de compensation du handicap, Fonds sociaux des organismes assureurs, Fonds d'Action Sanitaire et Sociale de la CPAM, L'action sociale des caisses de retraite, Fonds social regional, autres Fonds sociaux spécifiques, les Mairies, etc.)

Organisme	Montant

**VEUILLEZ NOUS EXPOSER LES RAISONS DE VOTRE DEMANDE D'AIDE QUI
PERMETTRONT A LA COMMISSION SOCIALE DE BIEN COMPRENDRE
VOTRE SITUATION**

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

Je soussigné atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts et m'engage à fournir, si besoin, les justificatifs complémentaires à l'étude de la demande.

A
le.....

Signature

A JOINDRE

1. Les trois derniers bulletins de salaire
2. Le dernier avis d'imposition **en précisant le revenu fiscal**
3. Les factures acquittées ou les devis en lien avec votre demande
4. Un RIB
5. Toute autre pièce que vous jugez utile à l'appui de votre demande

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par la commission sociale. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, ces informations pourront, sauf opposition de votre part, être communiquées aux membres de la commission sociale et à leurs partenaires (les assureurs du régime de prévoyance et de santé) aux fins de vous informer de leurs services.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, sur simple courrier adressé Commission sociale – 277 rue Saint Jacques-75005 Paris.

Demande reçue le :

PARTIE RESERVEE A LA COMMISSION SOCIALE

DATE DE LA COMMISSION

ATTRIBUTION D'UNE AIDE : MONTANT

Modalités

REFUS DE L'ATTRIBUTION D'UNE AIDE :

SUIVI DU DOSSIER