



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 établissement :

.....

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 **:.....

Nom de votre mutuelle santé (voir carte de tiers-payant):

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 avez-vous une RQTH***

en invalidité : catégorie 1, catégorie 2, catégorie 3, Retrep

** 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 en RQTH***

Nom et adresse du dernier employeur :

Nom de la mutuelle santé (voir sur la carte de tiers-payant) :

Nom de l'assureur en prévoyance :

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

MOTIF DE LA DEMANDE

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

➤ maladie ou handicap OUI NON

➤ Décès du conjoint /enfants 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 régional, 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

Vous devez joindre obligatoirement :

1. Les trois derniers bulletins de salaire.
2. Le dernier avis d'imposition
3. Les factures acquittées ou les devis en lien avec votre demande
4. Un RIB
5. Vous pouvez joindre toute autre pièce que vous jugez utile à l'appui de votre demande

Vérifiez que votre dossier est complet

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.