



Institution de  
Prévoyance

12 rue Massue – 94684 Vincennes cedex  
Téléphone : 01 49 57 16 00+ / Télécopie : 01 49 57 16 02

## DEMANDE D'INTERVENTION DU FONDS SOCIAL

### REGIME MALADIE-CHIRURGIE-MATERNITE

DOSSIER A RETOURNER DÛMENT COMPLETE ET SIGNE A L'ADRESSE SUIVANTE :

#### **APGIS**

12 rue Massue  
94684 VINCENNES CEDEX

#### **A l'attention de Madame Salima MAHDJOUR**

Email : s.mahdjoub@apgis.com  
Tél. : 01 49 57 17 71  
Fax : 01 49 57 17 34

N° de dossier : .....

Nom de l'employeur .....

Adresse .....

N° de contrat |\_\_\_\_\_| Téléphone |\_\_\_\_\_|

Nom et prénom de l'assuré .....

Numéro de Sécurité sociale .....

Date de naissance |\_\_\_\_\_|

Adresse .....

..... Téléphone |\_\_\_\_\_|

**PRECISER LE MOTIF DE LA DEMANDE**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**SITUATION FAMILIALE<sup>(1)</sup>**

Célibataire

Personne liée par un pacs

Veuf (ve)

Marie(e)

Vie maritale

Divorce(e)

**ENFANTS A CHARGE FISCALEMENT**

Nom et Prénom ..... Date de naissance |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

**ADULTES A CHARGE FISCALEMENT (AUTRES QUE LES ENFANTS)**

Nom et Prénom ..... Date de naissance |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Nom et Prénom ..... Date de naissance |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Nom et Prénom ..... Date de naissance |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

<sup>(1)</sup> Cocher la case correspondante

**DETAIL DES RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER FISCAL DE L'ASSURE**

<b>RESSOURCES</b>	<b>ASSURE</b>	<b>CONJOINT</b>	<b>ENFANTS A CHARGE</b>	<b>ADULTES A CHARGE</b>
Salaires <sup>(1)</sup>				
Allocations de chômage				
Allocations Familiales				
Allocations logement ou APL				
Allocation Parent Isolé (API)				
Pension alimentaire				
<b>Allocations de retraite :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Régime Général de la Sécurité Sociale</li> <li>• Régimes complémentaires</li> <li>• Autres caisse de retraite</li> </ul>				
<b>Sécurité Sociale :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indemnités Journalières S.S.</li> <li>• Indemnités versées par un régime de prévoyance ou une mutuelle</li> <li>• Pension d'invalidité, Allocation Adulte Handicapé</li> <li>• Rente Accident du travail</li> <li>•</li> </ul>				
Autres revenus financiers (à préciser)				
<b>Total des ressources mensuelles :</b>				

<sup>(1)</sup>Il s'agit des sommes perçues par le salarié (après déduction des différentes cotisations sociales).

## DETAIL DES CHARGES MENSUELLES

Loyer	----- € / mois
Remboursement de prêt pour accession à la propriété	----- € / mois
Charges de copropriété	----- € / mois
Electricité - Gaz	----- € / mois
Eau	----- € / mois
Frais de chauffage	----- € / mois
Téléphone Fixe	----- € / mois
Téléphone portable ( <i>maximum : 50€/mois</i> )	----- € / mois
Impôt sur le revenu	----- € / mois
Frais d'assurance : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitation</li> <li>• Voiture</li> </ul>	----- € / mois ----- € / mois
Impôts locaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxe d'habitation / Redevance audiov.</li> <li>• Taxe foncière</li> </ul>	----- € / mois ----- € / mois
<b>Total des charges mensuelles</b>	----- € / mois

## AUTRES AIDES

ORGANISME	MONTANT DE L'ALLOCATION ATTRIBUEE
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**ATTENTION : EN CAS D'INTERVENTION D'AUTRES ORGANISMES SUR LES MEMES FRAIS ENGAGES, PRECISER LE NOM DE CES ORGANISMES ET LE MONTANT DE L'AIDE ALLOUEE**

**LISTE DES DOCUMENTS A JOINDRE AU PRESENT DOSSIER (copies)**

- Courrier explicatif motivant la demande (le courrier pourra être établi soit par la personne concernée, soit par le CE, soit par la Direction ou une assistante sociale).
- Copie de la dernière fiche de paie ou justificatifs de paiement (Pôle Emploi, retraite, allocations sociales...);
- Copie du dernier avis d'imposition sur le revenu ;
- Justificatifs des dépenses (charges) générales du foyer ;
- Justificatifs des frais médicaux engagés ou à engager (devis détaillé, facture, bilan ou autres,...).

Fait à .....

Le |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Signature du Participant