



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
A l'attention de Madame Salima MAHDJOUR
12 rue Massue
94684 VINCENNES CEDEX

Ou à transmettre via votre espace assuré : <https://espaceassure.apgis.com/> rubrique « transmettre un document » puis « action sociale »

Pour toute information complémentaire : s.mahdjoub@apgis.com / Tél. : 01 49 57 17 71

Si votre demande comporte des données de santé, vous pouvez l'adresser à Apgis, à l'attention du Médecin Conseil, 12 rue Massue 94684 VINCENNES Cedex

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 ⁽¹⁾		
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Personne liée par un pacs	<input type="checkbox"/> Veuf (ve)
<input type="checkbox"/> Marie(e)	<input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Divorce(e)

ENFANTS A CHARGE FISCALEMENT	
Nom et Prénom	Date de naissance _____ _____ _____
Nom et Prénom	Date de naissance _____ _____ _____
Nom et Prénom	Date de naissance _____ _____ _____
Nom et Prénom	Date de naissance _____ _____ _____
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 _____ _____ _____

⁽¹⁾ Cocher la case correspondante

DETAIL DES RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER FISCAL DE L'ASSURE

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

⁽¹⁾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"> • Habitation • Voiture 	----- € / mois ----- € / mois
Impôts locaux : <ul style="list-style-type: none"> • Taxe d'habitation / Redevance audiov. • Taxe foncière 	----- € / mois ----- € / mois
Total des charges <u>mensuelles</u>	----- € / mois

IMPORTANT : Merci de joindre les justificatifs correspondant aux sommes indiqués dans le tableau

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 (4 pages) ;
- Copie des justificatifs des charges générales du foyer (voir tableau des charges) ;
- Copie des justificatifs des frais médicaux engagés ou à engager (devis détaillé, facture, bilan ou autres....).

Fait à

Le |_____|_____|_____|

Signature du Participant