



UNIPRÉVOYANCE

## FONDS SOCIAL DEMANDE D'INTERVENTION

A retourner à : UNIPREVOYANCE – Service fonds social – 10 rue massue – 94307 Vincennes cedex

Motif de la demande \_\_\_\_\_

### Etat civil et situation du demandeur

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale \_\_\_\_\_

#### Situation de famille :

Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  Concubine

Etes-vous en arrêt de travail :  non  oui Depuis quelle date : \_\_\_\_\_

Etes-vous :  salarié  retraité  Autres : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur ou du dernier employeur : \_\_\_\_\_

### Etat civil et situation du Conjoint – Concubin - Pacsé

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale \_\_\_\_\_

Date du décès du conjoint : \_\_\_\_\_

Est-il :  salarié  retraité  Autres : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur ou du dernier employeur : \_\_\_\_\_

### Personnes à charges

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Vivant au foyer (oui-non)

## Ressources annuelles

	Demandeur	Conjoint/Concubin	Personnes à charge
<p><b>Sécurité Sociale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indemnités journalières</li> <li>• Rente d'invalidité</li> <li>• Rente de conjoint</li> <li>• Pension de retraite</li> </ul>			
<p><b>Retraites complémentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nom de l'organisme : _____</li> <li>_____</li> <li>_____</li> <li>_____</li> </ul>			
<p><b>Autres ressources :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salaire</li> <li>• Allocation chômage</li> <li>• Indemnités journalières complémentaires</li> <li>• Rente Accident du travail</li> <li>• Rente d'invalidité</li> <li>• Pension veuve de guerre</li> <li>• Pension militaire</li> <li>• Rente de conjoint</li> <li>• Rente d'éducation</li> <li>• Revenus locatifs</li> <li>• Revenus mobiliers</li> <li>• Allocation handicapés</li> <li>• Autres allocations d'aide sociale</li> <li>• Allocations familiales</li> <li>• Allocations logement</li> <li>• Pension alimentaire</li> <li>• Autres</li> </ul> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p><b>Aides exceptionnelles versées par d'autres organismes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nom de l'organisme _____</li> <li>_____</li> </ul>			

## Dépenses principales annuelles

	Demandeur	Conjoint/Concubin	Personnes à charge
<p><b>Logement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Loyer (hors charges)</li> <li>• Montant des charges du loyer</li> <li>• Montant des remboursements d'emprunts immobiliers</li> <li>• Montant des charges de copropriété</li> <li>• Autres :</li> </ul> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/>			
<p><b>Autres charges :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impôts :</li> </ul> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chauffage</li> <li>• EDF/GDF</li> <li>• Téléphone</li> <li>• Crédit :</li> </ul> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurances :</li> </ul> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres :</li> </ul> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/>			
<p><b>Dépenses exceptionnelles</b></p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/>			
<b>TOTAL</b>			

## Précisions complémentaires en rapport avec l'objet de la demande de Fonds Social

- Explication détaillée justifiant la demande d'intervention du Fonds Social : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

- Situation médicale (état de santé, type de handicap...)\_\_\_\_\_

---

---

---

- Une autre demande a t'elle été déposée auprès d'autres organismes pour le même motif :

Oui      Lesquels ? \_\_\_\_\_

Non

Je certifie exacts les renseignements portés sur ce questionnaire.

Date :

Signature

\*Conformément à l'article 34 de la Loi du 6 janvier 1978 Informatique et Liberté, toute personne justifiant de son identité à un droit d'accès et de rectification quant aux informations nominatives la concernant en s'adressant auprès du service fonds social d'Uniprévoyance.

\*\* Conformément à l'article L.1110-4 du code de la Santé Public, les informations fournies sont soumises aux règles relatives au respect de la vie privée et au respect du secret professionnel et médical.  
Vous disposez de la possibilité de nous adresser vos justificatifs de santé ou médicaux sous pli confidentiel à l'attention de notre médecin conseil.

### Chaque demande doit être accompagnée de :

- La copie complète du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus du foyer fiscal.
- La copie du dernier bulletin de salaire, du dernier justificatif de rentes, pensions, allocations.
- La copie de la notification Sécurité Sociale de mise en invalidité, COTOREP, AES.
- Toute pièce justifiant de dépenses particulières ou d'une situation exceptionnelle (facture, devis, note de frais, décomptes de Sécurité Sociale, Mutuelle).
- La copie du dossier social/technique et du plan de financement de la MDPH (éventuellement).