

**Demande d'Entraide Sociale**

Date Envoi MUTIEG. : \_\_\_\_\_

Date retour : \_\_\_\_\_

Nom :

N°adhérent : \_\_\_\_\_

Prénom :

N° dossier : \_\_\_\_\_

Adresse :

Tél. :

Mail :

**1. Objet de la demande :**

**2. Composition de la famille à charge :**

Nom et Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Scolarisé/Salarié/Apprenti/Autre

**3. Situation de la personne concernée par la demande :**

Reconnaissance Travailleur handicapé |\_\_| Depuis le : |\_\_| |\_\_| |\_\_| A : |\_\_| |\_\_| |\_\_|

Arrêt Maladie |\_\_| Depuis le : |\_\_| |\_\_| |\_\_|

Longue Maladie |\_\_| Depuis le : |\_\_| |\_\_| |\_\_|

Maladie de longue durée |\_\_| Depuis le : |\_\_| |\_\_| |\_\_|

Invalidité 1ère catégorie |\_\_| Invalidité 2ème catégorie |\_\_| Invalidité 3ème catégorie |\_\_|

**4. Situation mutualiste :**

\* Date d'adhésion : |\_\_| |\_\_| |\_\_|

\* Garantie :

\* Nombre de bénéficiaires inscrits :

**5. Nom et adresse de l'assistance sociale qui suit le dossier, le cas échéant :**

N° Dossier :

**6. Exposé des motifs par l'adhérent :**

Nous adresser l'avis favorable de votre médecin traitant, ordonnance et facture acquittée, le cas échéant.

**7. Nature des soins et montant prestations : .....**

Frais réels :	.....	€
Remboursement S.S. :	.....	€
Remboursement CAMIEG ou Mutuelle :	.....	€
Remboursement MUTIEG :	<u>.....</u>	€
Montant Reste à charge :	.....	€

N° Dossier :

**8. Evaluation sociale**

Ressources	Mensuelles	Annuelles	Charges	Mensuelles	Annuelles
<b>Revenus de l'adhérent :</b>			<b>Habitation :</b>		
Salaire ou Pension			Loyer charges comprises		
Pension de Reversion			Prêt(s) d'accession à la propriété		
Indemnités de chômage			Charges de copropriété		
Indemnités journalières					
Pension d'invalidité			<b>Impôts :</b>		
R.M.I.			Impôt sur les revenus		
			Taxe d'habitation		
<b>Revenus du conjoint/PACS/concubin :</b>			Taxe foncière		
Salaire ou Pension					
Pension de Reversion			<b>Assurances :</b>		
Indemnités de chômage			Assurance habitation		
Indemnités journalières			Assurance véhicule		
Pension d'invalidité			Assurance véhicule conjoint		
R.M.I.			Assur. Maladie Compl. MUTIEG		
<b>Prestations familiales (CAF) :</b>					
Allocations familiales			<b>Autres charges fixes :</b>		
Allocation pour jeune enfant			Pension alimentaire		
Allocation logement/APL			Crèche, Garde d'enfants		
Allocation de présence parentale					
Allocation d'éducation enfant handicapé			<b>Crédits :</b>		
Allocation adulte handicapé			Prêts à la consommation		
Allocation de soutien familial			Prêt achat voiture		
<b>Autres prestations</b>			Autres		
<b>Autres ressources éventuelles :</b>					
Rente Accident du Travail					
Pension alimentaire					
Revenus immobiliers					
<b>Total :</b>					

**NB : ressources et charges actuelles, les impôts étant par contre ceux figurant sur le dernier avis d'imposition.**

**Joindre les photocopies des derniers avis complets d'impositions de tous les membres de la famille à charge :**

**Impôts sur le revenu - Taxe foncière - Taxe d'habitation**

N° Dossier :

**9. Aides extérieures obtenues en rapport à la présente demande (exemples : CAS ; CAF ; MDPH ; etc.)**

Nature	Mensuel	Annuel

D'autres justificatifs des charges sont susceptibles d'être demandés.

**Pour ne pas retarder votre dossier, nous vous conseillons d'entreprendre parallèlement vos démarches auprès des autres organismes sociaux : Caisses d'Action Sociale ; Mairie ; Maison départementale des personnes handicapées, Caisse d'Allocations familiales, Caisse Action sociale IEG, etc.**

**Les montants de ces aides vous seront demandés.**

**POUR GARANTIR LA CONFIDENTIALITE DES ELEMENTS QUE VOUS NOUS DONNEZ, VOTRE DOSSIER SERA TRANSMIS A LA COMMISSION D'ENTRAIDE SOCIALE ANONYMEMENT SOUS UN N° D'ORDRE.**

**Nous restons à votre disposition et vous remercions de faire retour de votre dossier complet à l'adresse ci-dessous, à l'attention de la Commission d'entraide sociale.**