

DEMANDE DE SECOURS EXCEPTIONNEL

1. Demandeur

Nom

Prénom

Nom de jeune fille

Adresse

Code postal

Ville

Situation familiale

☐ Célibataire

☐ Pacsé(e)

☐ Marié(e)

☐ Divorcé(e) ou séparé(e)

☐ Veuf(ve) (date du décès du conjoint

/

 /)

☐ Vie maritale

Nom et adresse de l'employeur (ou du dernier employeur)

Nom de la mutuelle où vous êtes affilié(e)

N° d'adhérent du salarié

2. Personnes à charge

NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	SITUATION FAMILIALE	PROFESSION OU SITUATION PARTICULIÈRE

3. Ressources annuelles

Joindre votre dernier avis d'imposition ou votre certificat de non-imposition et, le cas échéant (ressources sensiblement différentes au cours des 12 derniers mois) et remplir les éléments suivant :

DÉSIGNATION	RESSOURCES ⁽¹⁾		
	du demandeur	du conjoint ou concubin	des autres personnes vivant au foyer
• Salaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Pensions de retraite vieillesse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Pensions de retraite complémentaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Autres ressources ⁽²⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Charges

LOGEMENT ⁽¹⁾	
SI VOUS ÊTES PROPRIÉTAIRE :	SI VOUS ÊTES LOCATAIRE OU EN ACCESSION À LA PROPRIÉTÉ (barrer la mention inutile) :
• Taxe foncière sur les propriétés bâties <input type="text"/> € /an • Taxe d'habitation <input type="text"/> € /an • Charges de copropriété <input type="text"/> € /an	• Loyer ou remboursement de prêts pour accession à la propriété <input type="text"/> € /an • Taxe d'habitation <input type="text"/> € /an • Charges locatives ou de copropriété <input type="text"/> € /an
SI VOUS HABITEZ :	
• Chez vos parents, des enfants, ou d'autres personnes, quel est le montant de votre participation aux frais de logement : <input type="text"/> € /mois, /trimestre, /année ? (barrer les mentions inutiles)	
• En maison de retraite <input type="text"/> € /mois • En foyer-logement, montant de la redevance <input type="text"/> € /mois	
BÉNÉFICIEZ-VOUS DE L'ALLOCATION LOGEMENT ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Montant mensuel <input type="text"/> €	
AUTRES CHARGES ⁽¹⁾	
• Impôt sur le revenu <input type="text"/> € /an • Chauffage <input type="text"/> € /an • Gaz, électricité <input type="text"/> € /an	• Endettements (crédits, prêts à la consommation...) <input type="text"/> € /an • Salaire ou Pension versé(e) à un tiers <input type="text"/> € /an • Autres charges régulières <input type="text"/> € /an
CHARGES EXCEPTIONNELLES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS	
• Frais d'installation (déménagement, aménagement) <input type="text"/> € • Frais d'amélioration du confort de votre logement <input type="text"/> € • Frais consécutifs à un décès <input type="text"/> € • <input type="text"/> € • <input type="text"/> €	

⁽¹⁾ Exemples : rentes viagères, revenus mobiliers, loyers, pension militaire, rente d'invalidité, pension alimentaire, etc.

⁽²⁾ Joindre impérativement tout justificatif.

5. Aides exceptionnelles reçues au cours des 12 derniers mois

DÉSIGNATION	MOTIF	MONTANT	DATE
• Bureau d'aide social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Caisse d'assurance maladie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Caisse d'allocations familiales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Caisse de retraite complémentaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Exposé de la demande *(joindre toutes pièces justificatives)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Autorisation de traitement de vos données

Afin de permettre le traitement de votre demande d'action sociale, nous vous remercions de cocher les cases ci-dessous :

- ☐ J'autorise AG2R (Viasanté) à collecter et à traiter mes données de santé uniquement aux fins de gestion de ma demande d'intervention du fonds de solidarité de la branche professionnelle de la COIFFURE
- ☐ J'autorise également AG2R (Viasanté) à collecter et à traiter mes données de santé aux fins de gestion de ma demande d'intervention sur le fonds social

Les données collectées dans le présent formulaire font l'objet d'un traitement permettant l'accès et la gestion de votre demande d'intervention au fonds d'action social de l'AG2R (Viasanté) et au fonds de solidarité de la branche professionnelle de la COIFFURE. Les informations qui vous concernent sont destinées à l'AG2R (Viasanté) et à ses partenaires. Ces données pourront également faire l'objet de traitements et d'informations spécifiques aux autorités compétentes dans le cadre d'opérations de contrôle et le cas échéant de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation, de portabilité, et d'opposition au traitement de vos données ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès.

Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :

• soit en envoyant un mail à : informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

• soit par courrier à l'adresse suivante : AG2R La Mondiale - À l'attention du Délégué à la protection des données - 14-16 Boulevard Malesherbes 75379 PARIS Cedex 08.

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr), et vous pouvez à tout moment refuser le démarchage par voie électronique.

Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, vous avez la faculté de saisir la CNIL sur www.cnil.fr

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent questionnaire et m'engage à fournir toutes les pièces demandées ainsi que les justificatifs complémentaires qui pourront être pour l'étude de ma demande d'aide.

Date : __/__/____ Signature

Merci de retourner ce formulaire et l'ensemble des pièces justificatives à l'adresse suivante :

Adresse postale

AG2R La Mondiale
Direction des Activités sociales
Action Sociale Aides Individuelles
TSA 64524
28944 CHARTRES Cedex 9

Adresse mail

actionsociale.coiffure@ag2rlamondiale.fr