

FONDS SOCIAL - DEMANDE D'INTERVENTION

Motif de la demande _____

Etat civil et situation du demandeur

Nom _____ Prénom _____

Nom de jeune fille _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____ Tél _____

Email _____

N° de Sécurité sociale _____

Situation de famille :

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

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

Etes-vous : salarié(e) retraité(e) 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/elle : salarié(e) retraité(e) 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)

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

Dossier à retourner :

Par courrier : **UNIPRÉVOYANCE – Fonds Social – 38-42 Rue Cuvier, CS 80 002, 93102 Montreuil Cedex**

Par mail : **fonds.social@uniprevoyance.fr**

*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 des justificatifs suivants :

- Copie complète du dernier avis d'imposition ou de non-imposition du foyer fiscal.
- Copie du dernier bulletin de salaire, justificatif de rentes, pensions, allocations.
- Copie de la notification Sécurité Sociale de mise en invalidité, COTOREP, AES.
- Documents justifiant les dépenses liées à votre demande d'intervention sociale (factures, devis, notes de frais, décomptes de Sécurité Sociale et de Mutuelle).
- Copie du dossier social ou médical, plan de financement de la MDPH (éventuellement).
- RIB (relevé d'identité bancaire)