

La Commission d'aide sociale de la Mutuelle Familiale peut être saisie par tout adhérent devant faire face à des dépenses de santé dépassant ses possibilités financières (Art.5 du RI). Les demandes doivent concerner des appareillages ou traitements médicaux ponctuels et non permanents, des dépenses d'aménagement du domicile ou du véhicule dans le cadre du maintien à domicile, des dépenses afférentes à la prescription d'activité physique adaptée prescrite par un médecin dans le cadre du sport sur ordonnance, des dépenses afférentes au répit de l'aidant familial d'un proche atteint de maladie chronique ou en situation de handicap. Les demandes sont limitées à une par an et par bénéficiaire.

L'adhérent doit en outre :

- être à jour de sa cotisation mutualiste
- avoir au minimum un an d'ancienneté d'adhésion au moment des soins concernés.
- être régulièrement inscrit dans les effectifs de la Mutuelle au jour de la demande comme au moment de la perception de l'aide sociale

Dans ce cas, vous devez renvoyer à la Commission d'aide sociale nationale ce document dûment rempli, accompagné DES PIECES JUSTIFICATIVES demandées.

ADHÉRENT

Nom du demandeur : Prénom :

N° de S.S. : Clé :

Ayant droit concerné par la demande :

Adresse : Code postal :

Ville : Tél :

Situation de famille : Marié(e) Pacsé(e) Union libre Divorcé(e) Célibataire Veuf(ve)

Nombre d'enfant(s) fiscalement à charge :

Êtes-vous : En activité En arrêt maladie Privé(e) d'emploi Retraité(e) Autre :

Conjoint : En activité En arrêt maladie Privé(e) d'emploi Retraité(e) Autre :

MOTIF DETAILLE DE LA DEMANDE (si nécessaire, utiliser une feuille annexe)

PIECES JUSTIFICATIVES à joindre impérativement à la présente demande

JUSTIFICATIFS DE VOS RESSOURCES

- Copie du dernier avis imposition ou de non-imposition faisant apparaître le montant des revenus déclarés et le coefficient familial.
- Si les revenus actuels sont différents de l'avis d'imposition ou si des revenus sont non imposables, joindre également selon le cas :
 - décompte Sécurité sociale pour les indemnités journalières
 - justificatif du montant du versement POLE EMPLOI
 - justificatif du montant de la pension : invalidité, veuf(ve) de guerre ou militaire...
 - justificatif du montant des allocation(s) CAF: enfant(s), adulte handicapé, tierce personne, personnalisée d'autonomie
 - autre (préciser) :

JUSTIFICATIFS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE

- Original de la facture ou titre du Trésor Public OU
- Copie Facture portant la mention « acquittée » OU Devis
- Pour une demande d'aide relative à un aménagement du domicile, un fauteuil roulant... : Copie de votre demande d'aide au Fonds Départemental de Compensation de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) OU
- Pour une demande d'aide relative à des soins de santé, lunettes, dentaire, auditif... : copie de votre demande d'aide à la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) et/ou à la Direction de la Solidarité Départementale du Conseil Départemental. De plus, nous vous conseillons de solliciter tous les autres dispositifs d'aides à votre disposition (ex : Caisses de retraite...)

Date :

Signature :