

DEMANDE D'AIDE FONDS ACTION SOCIALE

Dans le cadre de son Fonds d'Action Sociale, la CNM Prévoyance Santé peut, sous certaines conditions, vous allouer une aide financière exceptionnelle. Afin de nous permettre d'étudier la recevabilité de votre demande et le montant de l'aide que nous pouvons vous allouer, merci de remplir attentivement le formulaire suivant :

➔ VOUS ET VOTRE FOYER

N° d'adhérent CNM (cf. carte d'Adhérent) ou n° sécurité sociale :

Nom : Prénom :

Tél. : E-mail :

Date d'adhésion à la CNM (ancienneté minimum de 12 mois) : / /

Autres personnes du foyer assurées à la CNM Prévoyance Santé :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Qui sera le bénéficiaire de l'aide demandée ?

Nom : Prénom :

➔ VOTRE DEMANDE D'AIDE

1/ Quelle est la nature de votre demande ? (cochez la case correspondante)

- Aide au financement d'une dépense de santé
- Aide au financement d'activités physiques ou sportives
- Aide au financement de dépenses d'éducation ou de loisirs pour un enfant au sein d'une famille monoparentale
- Aide au financement de dépenses d'éducation ou de loisirs pour un enfant orphelin de père et/ou de mère
- Aide aux dépenses de maintien à domicile d'un adhérent en perte d'autonomie (ou pour son entrée en EHPAD)
- Aide au paiement des frais d'obsèques d'un adhérent

2/ Nature de la dépense (expliquez) :

.....
.....
.....
.....

2/ Nature de la dépense (suite) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3/ Montant total de la dépense : €

4/ Montant de la dépense restant à votre charge : €

Après remboursement éventuel du RO et de la CNM

5/ Avez-vous demandé une aide pour cette dépense auprès d'autres organismes ?

Oui Non

Si Oui, le(s)quel(s) :

Montant total de l'aide obtenue : €

Pour que votre demande soit étudiée, merci de joindre impérativement :

- **La copie de votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu**
- **Le devis ou facture acquittée de la (des) dépense(s) concernée(s)**
- **Le cas échéant, décompte de remboursement du régime obligatoire**

Important :

Avant toute demande d'aide à votre mutuelle, vous pouvez demander une participation auprès de votre régime obligatoire ou d'autres organismes. Nous vous conseillons de faire cette démarche avant de nous transmettre ce dossier.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Date :

Signature :