



DEMANDE D'INTERVENTION SOCIALE

HDS TRANSPORT

Vous allez formuler une demande d'intervention sociale. Les renseignements demandés sont nécessaires pour permettre à la Commission d'action sociale de prendre une décision concernant votre demande.

Le traitement de votre demande nécessite un bilan approfondi de votre situation au regard des diverses aides qui peuvent vous être accordées sous diverses conditions (ressources, situation familiale, état de santé, nature de la demande, etc.).

La demande que vous déposez auprès de l'Action sociale Klesia doit intervenir après la sollicitation des aides légales et extra-légales mentionnées en rubrique 6.

1 – LE DEMANDEUR (écrire en lettres majuscules et en noir)

☐ Actif
 ☐ Retraité
 ☐ Pré-retraité
 ☐ Autre (précisez) _____

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____ Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

E-mail : _____

Téléphone : personnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Célibataire
 ☐ Marié(e)
 ☐ Divorcé(e)
 ☐ Séparé(e)
 ☐ PACS
 ☐ Vie maritale

☐ Veuf(ve) • NOM et prénom du conjoint décédé(e) _____

• Date de décès du conjoint(e) |_|_|_|_|_|_|_|_|

2 – LE CONJOINT

☐ Actif
 ☐ Retraité
 ☐ Pré-retraité
 ☐ Autre (précisez) _____

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

N° Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

3 – AUTRES PERSONNES VIVANT À VOTRE DOMICILE

NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	PROFESSION OU AUTRE SITUATION
	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
	_ _ _ _ _ _ _ _ _		

Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, les informations que vous nous communiquez via ce formulaire sont destinées à KLESIA en sa qualité de responsable du traitement. Les informations sont collectées pour les besoins stricts de la gestion administrative du dossier, mais sont également susceptibles d'être utilisées à des fins d'information commerciale, et ce, uniquement pour les produits et services proposés par KLESIA et ses partenaires. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'informations complémentaires sur les produits et services de KLESIA et de ses partenaires, veuillez cocher cette case : ☐

Aucune des données vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités de KLESIA, ses délégataires de gestion et ses partenaires. KLESIA prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des données conformément aux dispositions de la loi précitée. Vous disposez en outre d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, merci d'effectuer votre demande auprès de KLESIA, Service INFO CNIL, rue Denise Buisson - 93554 Montreuil Cedex, accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité ou par mail à : info.cnil@klesia.fr

4 – SALAIRES, RETRAITES ET AUTRES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

SALAIRES ET ASSIMILÉS		MONTANT MENSUEL PERÇU		
		DEMANDEUR	CONJOINT	AUTRE PERSONNE VIVANT AU DOMICILE
Salaires				
Allocations de chômage ou de préretraite				
Indemnités journalières de la Sécurité sociale				
Indemnités journalières complémentaires				
RETRAITES DE BASE	D/R ¹	DÉTAILLEZ CI-DESSOUS		
Régime général CNAV, CARSAT, CRAM, CRAV	—			
Mutualité sociale agricole (non salarié)	—			
Mutualité sociale agricole (salarié agricole)	—			
Autres régimes (commerçant, artisan, profession libérale, EDF, SNCF, fonctionnaires ...)	—			
RETRAITES COMPLÉMENTAIRES AGIRC, ARRCO, AUTRES... PRÉCISEZ LE NOM	D/R ¹	DÉTAILLEZ CI-DESSOUS		
	—			
	—			
	—			
PRESTATIONS SOCIALES		DÉTAILLEZ CI-DESSOUS		
Allocations familiales				
Allocation logement (AL - APL)				
RSA				
AAH - AEEH - PCH				
ACTP - APA				
Autres prestations (AGED - PAJE - API ...)				
AUTRES RESSOURCES		DÉTAILLEZ CI-DESSOUS		
Pension d'invalidité de Sécurité sociale ²				
Pension d'invalidité complémentaire				
Rente accident du travail				
Revenus fonciers				
Revenus mobiliers				
Pensions alimentaires				
Autres (précisez) _____				

1. Précisez : retraite directe (D) ou retraite de réversion (R).

2. Si vous percevez une pension d'invalidité, précisez la catégorie : ☐ cat. 1 ☐ cat. 2 ☐ cat. 3

5 – LES CHARGES DE VOTRE FOYER

NATURE DES CHARGES	MONTANT MENSUEL
Loyer et charges locatives avant déduction des allocations au logement	
Charges de copropriété	
Frais d'hébergement en maison de retraite	
Frais de maintien à domicile (aide à domicile, aide ménagère, téléassistance ...)	
Taxe d'habitation (y compris redevance audiovisuelle)	
Taxe foncière	
Impôt sur le revenu	
Assurances (habitation, automobile ...)	
Électricité - Gaz - Chauffage	
Téléphone	
Eau	
Frais de scolarité	
Pensions alimentaires	
Cotisations Mutuelle ou Prévoyance (précisez le nom et l'adresse de l'organisme) :	
Autres (précisez) _____	

Avez-vous des charges liées à une résidence secondaire ? ☐ OUI ☐ NON

DÉTAILS DES CRÉDITS (IMMOBILIER, CONSOMMATION ...)

ORGANISME	MOTIF	MONTANT PRÊT	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	MENSUALITÉ

Commission de surendettement saisie ? ☐ OUI ☐ NON Date

Plan conventionnel en cours ? ☐ OUI ☐ NON

6 – AIDES EXCEPTIONNELLES SOLLICITÉES (AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS)

ORGANISME	EN COURS	REFUSÉES	ACCORDÉES		
			DATE	MOTIF DE L'AIDE	MONTANT
Centre communal d'Action sociale ou Mairie	☐	☐			
Conseil Général	☐	☐			
Sécurité sociale	☐	☐			
Institution de retraite complémentaire (précisez) :	☐	☐			
Mutuelle ou prévoyance	☐	☐			
Comité d'entreprise	☐	☐			
Autres organismes (précisez) :	☐	☐			

7 – MOTIF DE VOTRE DEMANDE

☐ Arrêt de travail ☐ Invalidité ☐ Handicap ☐ Décès / Veuvage ☐ Hospitalisation ☐ Covid-19

Êtes vous accompagné par un travailleur social ? ☐ OUI ☐ NON

Précisez ses coordonnées : NOM : _____

Service _____ Téléphone : _____

8 – PHOTOCOPIES DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE

Documents obligatoires pour toute demande

- › Dernier bulletin de salaire du demandeur
- › Dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu (copie intégrale)
- › Trois derniers relevés bancaires de l'ensemble des membres du foyer
- › Justificatif des difficultés rencontrées (devis, facture, créances...)
- › Notifications de décision des aides légales et extra légales préalablement sollicitées
- › Le RIB du créancier

Documents obligatoires selon la nature de votre demande

Demande en lien avec une difficulté résultant de la COVID - 19

- › Attestation sur l'honneur que les difficultés rencontrées sont en lien avec la crise sanitaire
- › Pour les demandes en lien avec la mise à disposition d'une aide-ménagère suite à une hospitalisation du fait de la COVID - 19, merci d'adresser, avant toute constitution de dossier, un mail à l'adresse suivante : aides.individuelesprevoyance@klesia.fr

Demande en lien avec un décès ou une situation de veuvage

- › Acte de décès
- › Document d'état civil attestant du lien avec le défunt (livret de famille, acte de mariage, etc.)

Demande en lien avec un reste à charge santé

- › Bordereaux de remboursements de la Sécurité sociale et de la mutuelle
- › Copie de la carte de mutuelle en cas de demande en lien avec les ayants-droits

Demande en lien avec un arrêt maladie de plus de 6 mois

- › Attestation de paiement d'indemnités journalières de la Sécurité sociale

Si vous êtes en situation de handicap ou bénéficiaire d'une pension d'invalidité

- › Document justifiant de la situation de handicap ou de votre invalidité (notification de pension d'invalidité)

D'autres justificatifs seront susceptibles de vous être demandés à l'étude de votre dossier

Cliquer pour ajouter vos pièces justificatives

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans ce dossier sont exacts et ne pas disposer d'autres ressources financières me permettant de faire face à mes difficultés.

Date : _____ Signature : _____

Ce document est à retourner ainsi que l'ensemble des justificatifs demandés à :
par mail : aides.individuelesprevoyance@klesia.fr
par courrier : KLESIA - Direction de l'Action sociale 1-13, rue Denise Buisson
93554 MONTREUIL CEDEX