

4 – SALAIRES, RETRAITES ET AUTRES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

SALAIRES ET ASSIMILÉS		MONTANT MENSUEL PERÇU		
		DEMANDEUR	CONJOINT	AUTRE PERSONNE VIVANT AU DOMICILE
Salaire				
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
Conseil Général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
Sécurité sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
Institution de retraite complémentaire (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
Mutuelle ou prévoyance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
Comité d'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
Autres organismes (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _		

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

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