

Fonds social prévoyance : Formulaire de demande d'aide financière

> Nom : _____

> Prénom : _____

> Date de la demande : _____

> Association de rattachement : _____

> Fonction occupée : _____

> Type d'aide demandée (cocher la case correspondante) :

- Hospitalisation d'au moins 3 jours
- Obtention du statut de travailleur handicapé
- Salarié aidant familial
- Acquisition d'un véhicule personnel de moins de 10 ans utilisé dans le cadre professionnel
- Réparation d'un véhicule personnel utilisé dans le cadre professionnel
- Location d'un véhicule de remplacement dans le cadre professionnel
- Prise en charge de consultations d'un médecin liées à des douleurs musculaires

> Montant demandé en euros : _____

> Commentaires (*facultatif*) :

> Documents à joindre à la demande

- > Copie du dernier avis d'imposition qui mentionne un revenu fiscal de référence inférieur à 16 000 € par part fiscale
- > Justificatif à fournir en fonction de l'aide demandée

Type d'aides	Montant maximum octroyé	Justificatif à fournir
Hospitalisation d'au moins 3 jours	700 €	Copie bulletin d'hospitalisation nominatif et justificatifs de la perte de salaire ou charges supplémentaires.
Obtention du statut de travailleur handicapé	300 €	Copie de la reconnaissance qualité travailleur handicapé
Salarié aidant familial	1 000 €	Bénéficiaire de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) par la CAF et justificatif de la perte de salaire
Acquisition d'un véhicule personnel de moins de 10 ans utilisé dans le cadre professionnel	200 €	Copie certificat de cession ou facture
Réparation d'un véhicule personnel utilisé dans le cadre professionnel	200 €	Copie facture garagiste et carte grise <i>NB : ne sont pas pris en compte les dépenses liés à l'entretien du véhicule (vidange, changement de pneus)</i>
Location d'un véhicule de remplacement dans le cadre professionnel	50 €	Copie facture de location et justificatif du garage sur l'immobilisation du garage
Prise en charge de consultations d'un médecin liées à des douleurs musculaires	200 €	<i>Rhumatologue, au-delà du remboursement de mutuelle (à fournir)</i>

Signature :

Document à renvoyer à l'adresse mail : actionsociale@admr85.org