

DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE FONDS SOCIAL FRAIS DE SANTÉ DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

Le Fonds Social Frais de Santé de l'EFS est destiné à rembourser, dans les limites de son budget, tout ou partie d'importants frais de santé non entièrement couverts par la Sécurité Sociale et notre Mutuelle, au bénéfice d'un salarié se trouvant dans une situation financière particulièrement difficile.

I. VERIFIEZ D'ABORD QUE VOUS ETES ELIGIBLE AU FONDS SOCIAL

Conditions :

- ▶ Le bénéficiaire des soins est adhérent à la Mutuelle (salarié, conjoint et ayants-droit)
- ▶ Il s'agit de dépenses de santé (hors aménagement d'habitat, frais d'obsèques, esthétique etc.)
- ▶ Les dépenses de santé concernent l'année en cours (ou l'année passée pour les Commissions de janvier)
- ▶ La dépense a un caractère nécessaire, exceptionnel et est lié, notamment, à un handicap, des appareillages, prothèses, orthèses, une hospitalisation, ou des frais optiques importants (hors monture)
- ▶ La situation financière du demandeur ou de sa famille est difficile ou rendue difficile par cette dépense

II. VERIFIEZ QUE VOTRE DOSSIER EST COMPLET : SINON IL NE SERA PAS TRAITE PAR LA COMMISSION.

Pièces obligatoires à fournir :

- ▶ Justificatif de l'adhésion à la Mutuelle si le salarié n'est pas le bénéficiaire des soins (conjoint ou ayant droit)
- ▶ Certificat médical attestant de l'état de santé rendant nécessaire la dépense
- ▶ Justificatif de la dépense
- ▶ Justificatif des remboursements Sécurité Sociale
- ▶ Justificatif des remboursements Mutuelle
- ▶ ***Au moins 2 devis de professionnels différents ****
- ▶ Photocopie du dernier bulletin de salaire pour vous et votre conjoint
- ▶ Photocopie du dernier avis d'imposition ou, à défaut, certificat de non imposition
- ▶ Tous justificatifs de vos charges
- ▶ Tous justificatifs relatifs à votre demande

*Les 2 devis devront être soumis à Malakoff Médéric afin d'établir un devis vous permettant de connaître le niveau de remboursement Sécurité Sociale, Malakoff Médéric et le reste à charge le cas échéant. Egalement, et dans le cas où le devis ferait mention de coûts hors prix du marché, les services de Malakoff Médéric vous contacteront ainsi que le professionnel de santé pour vous en informer.

N'oubliez pas que ce qui peut vous paraître indiscret dans ce formulaire ne se justifie que par le souci de mieux comprendre votre demande afin de pouvoir vous accompagner.

Tous les renseignements fournis seront strictement confidentiels et ne pourront être utilisés à d'autres fins. Le dossier sera présenté anonyme à la Commission.

DEMANDEUR / BÉNÉFICIAIRE

NOM :

.....
.....

PRÉNOM :

.....
.....

ADRESSE :

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

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

FONCTION :

.....
.....

LIEU D'ACTIVITÉ :

.....
.....

DATE D'EMBAUCHE :

SITUATION DE FAMILLE (mettre une croix dans la case utile) :

- Célibataire
- Marié(e)
- Union libre / Pacs
- Divorcé(e) ou séparé(e)
- Veuf(ve) – Date du décès du conjoint --- / ---/ ---

NOM, PRÉNOM ET LIEN DE PARENTÉ DU BÉNÉFICIAIRE (si différent du demandeur) :

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

PERSONNES À CHARGE

NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	SITUATION DE FAMILLE	PROFESSION OU SITUATION PARTICULIERE (de la personne à charge et/ou du conjoint)

RESSOURCES ANNUELLES DE LA FAMILLE			
DÉSIGNATION	RESSOURCES		
	du demandeur	du conjoint ou concubin	des autres personnes vivant au foyer
▶ Salaires nets
▶ Allocations familiales
▶ Allocation logement
▶ Autres ressources ⁽¹⁾
TOTAL :			

(1) Exemples : rentes viagères, revenus mobiliers, loyers, pension militaire, rente d'invalidité, pension alimentaire...

CHARGES ANNUELLES DE LA FAMILLE	
LOGEMENT ⁽²⁾	
Si vous êtes PROPRIETAIRE ou en ACCESSION À LA PROPRIETE (barrer la mention inutile) ■ Remboursement de prêts pour accession à la propriété : €par an ■ Taxe foncière : €par an ■ Taxe d'habitation : €par an ■ Charges de copropriété : €par an	Si vous êtes LOCATAIRE : ■ Loyer : €par an ■ Taxe d'habitation : €par an ■ Charges locatives ou de copropriété : €par an
■ Si VOUS HABITEZ, chez vos parents, des enfants, ou d'autres personnes, indiquez le montant de votre participation aux frais de logement : €par an	
■ Êtes-vous logé à titre gratuit : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
AUTRES CHARGES ⁽²⁾	
■ Chauffage : €par an ■ Impôts sur le revenu : €par an ■ Gaz, électricité : €par an	■ Crédits à la consommation (à détailler) : €par an ■ Autres charges régulières : €par an
CHARGES EXCEPTIONNELLES (au cours des 12 derniers mois)	
■ Frais d'installation (déménagement, aménagement) : € ■ Frais d'amélioration du confort de votre logement : € ■ Frais consécutifs à un décès : € ■ Autres (à préciser) : €	
TOTAL :	

(2) Joindre impérativement tous les justificatifs

DETAILS DE LA DEPENSE :

MONTANT HORS REMBOURSEMENT :

REMBOURSEMENT SECU (à préciser même si la dépense n'est pas encore engagée) :

REMBOURSEMENT MUTUELLE (à préciser même si la dépense n'est pas encore engagée) :

REMBOURSEMENT 2^{ème} MUTUELLE (CONJOINT OU SURMUTUELLE) :

TOTAL DES REMBOURSEMENTS :

RESTE A CHARGE (MONTANT DEMANDE) :

**AIDES EXCEPTIONNELLES REÇUES OU DEMANDEES
CES 12 DERNIERS MOIS**

DESIGNATION	MOTIF	MONTANT	DATE
▶ Fonds social Malakoff Médéric
▶ Fonds social EFS
▶ Fonds social de la CPAM
▶ Fonds social autre
▶ Centre communal d'action sociale (CCAS)
▶ Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS)
▶ Commission d'entraide ou de secours du CE
▶ Autre Commission sociale
▶ Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
▶ Divers

RESUME DU CONTEXTE ET DE LA DEMANDE :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements
contenus dans la présente demande.
En cas de fausse déclaration, je m'expose à des poursuites pénales.

Fait à le Signature :