



NOVAMUT

services d'accompagnement
mutualistes



DEMANDE D'ALLOCATION DE SECOURS

N° d'adhérent :

Date d'adhésion :

Date de la demande :

Le demandeur est-il sous curatelle ou tutelle ? OUI* NON

*Nom, prénom, qualité et coordonnées du représentant du demandeur de l'allocation :

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

N° tél :

INFORMATIONS MEMBRE PARTICIPANT

Coordonnées :

Mme M Nom : Prénom : Date de naissance :

N° SS : N° Tél :

Adresse e-mail :

Adresse :

.....

Situation familiale : Situation professionnelle :

Composition familiale :

Conjoint(e) : Nom : Prénom : Situation professionnelle :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

Enfant(s) à charge :

Handicap :

Aides techniques :

Emploi d'une tierce personne :

MOTIF DE LA DEMANDE D'ALLOCATION SECOURS (à compléter par l'adhérent)

Concernant des frais de santé : Oui* Non

*Si oui : Nature des soins : Date de début des soins :

Total des remboursements (sécurité sociale et mutuelle) : €

Montant total de la dépense engagée ou à engager à charge de l'adhérent : €

Avez-vous effectué des demandes de financement auprès d'autres organismes ? : Oui Non

Organismes	Montants
<input type="checkbox"/> CPAM :	
<input type="checkbox"/> Service social caisse de retraite :	
<input type="checkbox"/> Service social employeur :	
<input type="checkbox"/> CAF :	
<input type="checkbox"/> Employeur conjoint :	
<input type="checkbox"/> Prestation de Compensation du Handicap de la MDPH :	
<input type="checkbox"/> Fond départemental de Compensation de la MDPH :	
<input type="checkbox"/> CCAS :	
<input type="checkbox"/> Conseil Général :	
<input type="checkbox"/> Autres :	
Total de ou des aides en cours ou accordées : €

Si votre demande ne concerne pas des frais de santé :

Motif et détail de votre demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous effectué des demandes de financement auprès d'autres organismes ? : Oui Non

Si oui, merci de préciser le nom de l'organisme, le type d'aide sollicitée et le montant

Organismes	Montants
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Total de ou des aides en cours ou accordées : €

Nous vous remercions d'adresser votre demande d'allocation secours exclusivement à l'adresse suivante :

NOVAMUT SAM
Service d'Accompagnement Mutualiste
31-33 rue Christian Pfister
CS 80674
54063 NANCY CEDEX

Pièces à joindre obligatoirement :

- Une copie de la facture ou du devis
- une copie des justificatifs des ressources :
- Avis d'imposition ou de non-imposition
- Bulletin de salaires des 3 derniers mois précédent la demande
- avis de paiement des retraites Sécurité Sociale et complémentaires
- pensions alimentaires
- rentes
- tous autres justificatifs de revenus (immobiliers...)
- relevés de versement de prestations (ARE, RSA, APL, AL ,AAH, MVA, APL, ALS, ASI, AF, ASF, AEEH, APA, PCH, PAP, ASPA, autres..
- un RIB

une copie des justificatifs des charges :

- avis concernant les impôts sur le revenu, les impôts locaux et les impôts fonciers
- Quittances de loyer
- Tableau de d'amortissement
- factures EDF, GDF, et téléphone
- Assurances (habitation, véhicule, autres...)
- remboursement de crédits
- tout autre justificatif de dépenses (frais de scolarité, garde d'enfants.)
- justificatif de l'emploi d'une tierce personne (3 dernières fiches de paies ou déclaration CESU)
- justificatif de recours çà une structure d'aide à la personne
- Demande ou accord de financement auprès des autres organismes (CPAM, caisse de retraite, conseil général, MDPH, CAL, CCAS, ...)

CADRE RÉSERVÉ POUR AVIS DE LA COMMISSION D'ACTION SOCIALE

Date de la commission d'action sociale :

Avis favorable	Avis défavorable	Demande de renseignements complémentaires

Nouvelle date de commission d'action sociale :

