Mutuelle NATIONALE MILITAIRE
ENGAGÉE À VOS CÔTÉS

Demande d'**aide sociale remboursable**

M68

Mutuelle Nationale Militaire - 48, rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex
Tél. : 0 970 809 687 (appel non surtaxé) - Site Internet : www.mnm.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre III du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 775 666 324

Merci d'écrire en lettres capitales ou de cocher vos choix sans déborder des cases - Document à retourner dûment complété.

Votre identité

Mme ☐ Mlle ☐ M. ☐ Nom

Prénom

Nom de jeune fille

Né(e) le ☐☐☐☐☐☐☐☐ Numéro de Sécurité sociale Clé

N° d'adhérent ☐☐☐☐☐☐☐☐ Nom de la section

Vos coordonnées personnelles

Complément d'adresse (chez..., résidence...)

N° ☐☐☐☐ bis/ter ☐☐☐ Type de voie (rue, bd)

Adresse

Lieu-dit

Code postal ☐☐☐☐☐ Ville

Pays Téléphone fixe

Téléphone portable

E-mail

Votre situation professionnelle

☐ **Militaire - activité :** Actif ☐ Non-actif ☐ Retraité ☐

Grade : Officier ☐ Sous-officier ☐ MTA ☐ Volontaire ☐

Affectation actuelle

☐ **Civil de la défense** A ☐ B ☐ C ☐ Autre ☐ Contractuel ☐

☐ **Civil - activité :** Agriculteur exploitant ☐ Artisan, commerçant et chef d'entreprise ☐ Profession intermédiaire ☐

Employé ☐ Ouvrier ☐ Retraité ☐ Cadre et profession intellectuelle supérieure ☐ Sans activité professionnelle ☐

Votre situation personnelle

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐

Nombre d'enfants à charge ☐☐ Enfant 1, date de naissance ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Enfant 2, date de naissance ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ Enfant 3, date de naissance ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Enfant 4, date de naissance ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ Enfant 5, date de naissance ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Motivation de votre demande

Date(s) ou période des frais engagés

☐ Je joins à cette présente demande une lettre de motivation

☐ Sont exposés ci-après les faits motivants ma demande

M68-JAN12

TOURNEZ LA PAGE, SVP

Ressources mensuelles de la famille, à renseigner obligatoirement (ne pas indiquer les centimes)

	Adhérent :	Conjoint :	Autre ayant-droit :
Solde ou salaire	€	€	€
Pension de retraité et/ou d'invalidité	€	€	€
Pension alimentaire	€	€	€
Allocations familiales	€	€	€
Aides de l'Etat au profit des personnes handicapées	€	€	€
Total des ressources	€	€	€

Total des ressources (toutes ressources adhérent + conjoint + ayant-droit) €

Montant sollicité et durée de remboursement

Montant € Durée du remboursement sur mois (indiquer 10 ou 20 mois)

Avis éventuel du délégué ou de l'assistante sociale

1. Identité Délégué Assistante sociale

Mme Mlle M. Nom

Prénom

E-mail

2. L'avis du délégué ou de l'assistante sociale :

Est joint à la présente demande par une ou plusieurs lettre(s) de motivation

Les faits motivants cette demande sont exposés ci-après

Signature

Je soussigné, Nom

Prénom

atteste sur l'honneur ne pas être en situation de surrendettement et avoir pris connaissance des conditions générales de l'Aide sociale remboursable.

À Le

Signature(s) (obligatoire(s))
précédée(s) des mentions « Lu et approuvé »

M68

Les informations demandées sont obligatoires pour le traitement de votre dossier qui, à défaut, ne peut être effectué. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés, toute personne bénéficie d'un droit d'accès et de rectification sur les données la concernant. Sauf opposition de votre part, elles peuvent être transmises aux partenaires de la MNM dans le cadre d'action pouvant vous intéresser. Ces droits peuvent être exercés auprès de la MNM.