

DEMANDE D'AIDE

CADRE RÉSERVÉ À LA MNM

Nom du gestionnaire :

Cachet d'arrivée :

Date de la commission :

www.mnm.fr - 0 970 80 96 87 (prix d'un appel local) (de 8h à 18h)

Mutuelle soumise aux dispositions du livre III du code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIREN sous le numéro 775 666 324

1^{er} août 2019

VOTRE IDENTITÉ

N° d'adhérent :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

VOS COORDONNÉES

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Mail :

VOTRE SITUATION FAMILIALE

Célibataire Concubinage Pacsé(e) Marié(e)

Veuf/Veuve Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) à charge ayant(s) droit MNM:

Age(s) :

VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

Activité militaire

Actif Retraité(e)

Réserviste

Lien au service

Contrat Carrière

Statut

Officier Sous-officier

MDR Personnel civil déf

Activité civile

Profession :

Employeur :

Retraité(e)

Rattaché(e) : CNMSS

CPAM, CARSAT ou autre

CETTE DEMANDE CONCERNE

AIDES LIÉES AUX PROBLÈMES DE SANTÉ :

Aide à la visite d'un membre participant ou ayant droit hospitalisé

Aide à domicile ponctuelle

Aide-ménagère et familiale à domicile

Document à retourner dument complété et muni des pièces justificatives nécessaire à son traitement à :

Mutuelle Nationale Militaire – Service accompagnement social
48, rue Barbès – 92544 MONTRouGE Cedex

Tout dossier incomplet sera systématiquement retourné

OBJET DE VOTRE DEMANDE

MOTIVATION DE LA DEMANDE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BENEFICIAIRE DE LA DEMANDE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

RESSOURCES ET CHARGES MENSUELLES DE LA FAMILLE



A renseigner obligatoirement

RESSOURCES MENSUELLES

	Adhérent	Conjoint	Autre ayant droit
Solde ou salaire	€	€	€
Allocation chômage	€	€	€
Indemnité journalière	€	€	€
Pension de retraite et/ou d'invalidité	€	€	€
Prestation familiale	€	€	€
Pension alimentaire	€	€	€
Aide de l'état au profit des personnes handicapées	€	€	€
Allocation interministérielle (fonction publique)	€	€	€
Revenus mobiliers	€	€	€
Revenus immobiliers	€	€	€
Rente viagère	€	€	€
Autres ressources	€	€	€
TOTAL DES RESSOURCES	€ A	€ B	€ C

TOTAL DES RESSOURCES POUR LA FAMILLE (A+B+C) : €

A renseigner obligatoirement – (*) joindre justificatifs

CHARGES MENSUELLES

	Adhérent	Conjoint	Autre ayant droit
Loyer	€	€	€
Charges locatives / copropriété / eau	€	€	€
EDF / GDF	€	€	€
Assurances	€	€	€
Impôt sur le revenu	€	€	€
Taxe d'habitation	€	€	€
Taxe foncière	€	€	€
Pension alimentaire	€	€	€
Crédit immobilier	€	€	€
Autres crédits*	€	€	€
Autres charges*	€	€	€
TOTAL DES CHARGES	€ D	€ E	€ F

TOTAL DES CHARGES POUR LA FAMILLE (D+E+F) : €

RESTE A VIVRE (ressources – charges) : €

QUOTIENT FAMILIAL : €

(Revenu fiscal de référence – impôt sur les revenus = montant n°1 Montant n°1 ÷ 12 mois = montant n°2 Montant n°2 ÷ nombre de parts = quotient familial)

La Mutuelle Nationale Militaire a désigné un interlocuteur à la protection des données personnelles. Dans le cadre de votre demande d'aide, la mutuelle s'engage à ne collecter auprès de vous que les informations indispensables à l'instruction de votre dossier. Les données collectées sont destinées aux services habilités de la Mutuelle Nationale Militaire. Elles sont conservées (selon leur type) pendant toute la durée de l'instruction de votre demande et pendant la durée légale qui suit son terme. Pour toute information, notamment concernant le retrait de votre consentement à l'utilisation des données collectées par ce formulaire, vous pouvez vous adresser à son Délégué à la Protection des Données (DPD) par courrier au 48 rue Barbès 92544 Montrouge Cedex ou par courriel à : protection.des.donnees@groupe-uneo.fr. Vous pourrez exercer auprès de lui vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation, de portabilité, de suppression et définir des directives pour vos données en cas de décès. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL par courrier au 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

DOCUMENTS A JOINDRE A CE FORMULAIRE

En adressant ce formulaire, vous devrez obligatoirement joindre **la copie** des documents suivants à :
Mutuelle Nationale Militaire – Service accompagnement social – 48 rue Barbès – 92544 MONTROUGE cedex

- ❖ Accord de prise en charge délivré par un organisme de sécurité social (CNMSS, CARSAT, MSA, CAF...);
- ❖ Le dernier avis d'imposition recto-verso des membres du foyer;
- ❖ **En cas de refus pour les personnes à partir de 75 ans**, fournir un dossier simplifié comprenant :
 - la copie du refus de l'organisme de régime obligatoire;
 - la copie du certificat médical initial transmis à l'organisme de régime obligatoire mentionnant le nombre d'heures et la durée;
 - le dernier avis d'imposition recto-verso des membres du foyer.
- ❖ Une facture acquittée d'aide-ménagère dans la période de prise en charge.

N.B : Le bénéfice de l'APA du Conseil Général n'ouvre pas droit à la participation de cette aide par la MNM.

- En remplissant ce formulaire, j'accepte que les informations collectées soient exploitées par la MNM dans le cadre de l'instruction de mon dossier.

Lieu : Date :

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document.

Signature (obligatoire) :
Signature de l'adhérent(e) précédée du nom et du prénom

CADRE RESERVÉ A LA MUTUELLE

Décision de la commission :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Montrouge, le Signature :