

Demande d'intervention sociale

CONFIDENTIEL

RETRAITE COMPLEMENTAIRE

agirc et arrco

1 - Le demandeur (Écrire en lettres majuscules et en noir)

actif chômeur⁽¹⁾ retraité autre, précisez : _____

NOM DE NAISSANCE : _____ PRÉNOM : _____

NOM MARITAL : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL VILLE : _____

E-MAIL : _____

TÉL. PERS : _____ PROF : _____ PORTABLE : _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE clé

célibataire marié(e) divorcé(e) séparé(e) PACS vie maritale
à quelle date ? _____

veuf(ve) Nom du conjoint décédé(e) : _____ Date de décès du conjoint (e) : _____

N° de sécurité sociale du conjoint décédé(e)

ou à défaut date de naissance du conjoint décédé

2 - Le conjoint actuel

actif chômeur retraité autre, précisez : _____

NOM DE NAISSANCE : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE clé

3 - Autres personnes vivant à votre domicile

| NOM ET PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE | LIEN DE PARENTÉ | PROFESSION OU AUTRE SITUATION |
|---------------|-------------------|-----------------|-------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4 - Vos enfants ne vivant pas à votre domicile

| NOM ET PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE | SITUATION DE FAMILLE | PROFESSION OU AUTRE SITUATION | SITUATION PROFES. DU CONJOINT | NOMBRE D'ENFANTS |
|---------------|----------------------|-------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

5 - Les charges de votre foyer

Cochez la case

| NATURE DES CHARGES | MONTANT | Cochez la case | | |
|--|---------|----------------|------------------|-------------|
| | | M Mensuel | T Trimestriel | A Annuel |
| Loyer et charges locatives | | | | |
| Charges de copropriété | | | | |
| Frais d'hébergement en maison de retraite | | | | |
| Frais de maintien à domicile (aide à domicile, aide ménagère, téléassistance...) | | | | |
| Taxe d'habitation (y compris redevance audiovisuelle) | | | | |
| Taxe foncière | | | | |
| Impôt sur le revenu | | | | |
| Assurances (habitation, automobile...) | | | | |
| Electricité - Gaz - Chauffage | | | | |
| Téléphone | | | | |
| Eau | | | | |
| Frais de scolarité | | | | |
| Pensions alimentaires | | | | |
| Cotisations Mutuelle ou Prévoyance (précisez le nom et l'adresse de l'organisme) : _____ | | | | |
| Autres (précisez) : _____ | | | | |

Avez-vous des charges liées à une résidence secondaire ? oui non

Détails des crédits (immobilier, consommation...)

| ORGANISME | MOTIF | MONTANT PRÊT | DATE DE DÉBUT | DATE DE FIN | MENSUALITÉ |
|-----------|-------|--------------|---------------|-------------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Commission de surendettement saisie ?

oui non date : _____

Plan conventionnel en cours ?

oui non

6 - Votre état de santé et/ou celui de vos proches (précisez)

7 - Salaires, retraites et autres ressources de votre foyer

| SALAIRES ET ASSIMILÉS | | MONTANT PERÇU | | | COCHEZ LA CASE | | |
|--|------------|-----------------------------|----------|-----------------------------------|----------------|--------------|-------------|
| | | Demandeur | Conjoint | Autre personne vivant au domicile | M mensuel | T trimes. | A annuel |
| Salaires | | | | | | | |
| Allocations de chômage ou de préretraite | | | | | | | |
| Indemnités journalières de Sécurité sociale | | | | | | | |
| Indemnités journalières complémentaires | | | | | | | |
| RETRAITES DE BASE | D/R (1) | DÉTAILLEZ CI-DESSOUS | | | | | |
| Régime général CNAV, CRAM, CRAV | | | | | | | |
| Mutualité sociale agricole (non salarié) | | | | | | | |
| Mutualité sociale agricole (salarié agricole) | | | | | | | |
| Régimes spéciaux (EDF, SNCF, fonctionnaires...) | | | | | | | |
| Autres régimes (commerçant, artisan, profession libérale...) | | | | | | | |
| RETRAITES COMPLÉMENTAIRES Agirc, Arrco, autres... Précisez le nom. | D/R (1) | DÉTAILLEZ CI-DESSOUS | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| PRESTATIONS SOCIALES | | DÉTAILLEZ CI-DESSOUS | | | | | |
| Allocations familiales | | | | | | | |
| Allocation logement (AL, APL) | | | | | | | |
| RMI-RSA | | | | | | | |
| AAH, AEEH, PCH | | | | | | | |
| ACTP, APA | | | | | | | |
| Autres prestations (AGED, PAJE, API...) | | | | | | | |
| AUTRES RESSOURCES | | DÉTAILLEZ CI-DESSOUS | | | | | |
| Pension d'invalidité de Sécurité sociale (2) | | | | | | | |
| Pension d'invalidité complémentaire | | | | | | | |
| Rente accident du travail | | | | | | | |
| Revenus fonciers | | | | | | | |
| Revenus mobiliers | | | | | | | |
| Pensions alimentaires | | | | | | | |
| Autre (précisez) : _____ | | | | | | | |
| Autre (précisez) : _____ | | | | | | | |

(1) Précisez : retraite directe (D) ou retraite de réversion (R)

(2) Si vous percevez une pension d'invalidité, précisez la catégorie :

cat. 1

cat. 2

cat. 3

8 - Aides exceptionnelles sollicitées (au cours des 12 derniers mois)

| ORGANISME | EN COURS | REFUSÉES | ACCORDÉES | | |
|--|----------|----------|-----------|-----------------|---------|
| | | | DATE | MOTIF DE L'AIDE | MONTANT |
| Centre communal d'Action sociale ou Mairie | | | | | |
| Conseil Général | | | | | |
| Sécurité sociale | | | | | |
| Pôle emploi | | | | | |
| Institution de retraite complémentaire (nom) : _____ | | | | | |
| Mutuelle ou prévoyance | | | | | |
| Comité d'entreprise | | | | | |
| Autres organismes (précisez) : _____ | | | | | |

9 - Motif de votre demande

Etes-vous accompagné par un travailleur social ? oui non

Précisez ses coordonnées (nom, service, tél.) : _____

10 - Photocopies des pièces à joindre à votre demande

- 1 Dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu (copie intégrale)
- 2 Relevés bancaires ou postaux des trois derniers mois justifiant les ressources et charges du foyer
- 3 Toutes pièces utiles justifiant votre demande
- 4 Le(s) dernier(s) bulletin(s) de salaire du dernier mois des personnes vivant au foyer
- 5
- 6

D'autres justificatifs pourront vous être demandés à l'étude de votre dossier.

Vous avez formulé une demande d'intervention sociale auprès de votre institution de retraite complémentaire. Vous devez savoir que :
- la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites dans cet imprimé ; elle vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant,
- les renseignements demandés sont nécessaires pour permettre au service social de votre institution de retraite de prendre une décision concernant votre demande : seul ce service a accès aux informations que vous donnerez,
- certaines questions posées peuvent vous paraître éloignées de l'objet de votre demande ; il vous est cependant demandé d'y répondre afin de réaliser un bilan de votre situation au regard des diverses aides que votre institution peut vous accorder sous diverses conditions (ressources, situation familiale, état de santé, nature de la demande...),
- dans l'objectif d'actualiser ou de préciser les données fournies, nous pouvons être amenés à contacter tout organisme à cet effet.

Une seule demande sera recevable par foyer auprès des institutions de retraite complémentaire Agirc et Arrco

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans ce dossier sont exacts.

À retourner à :

DATE : _____ SIGNATURE
(obligatoire)

FEUILLET À COMPLÉTER PAR LES PERSONNES EN RECHERCHE D'EMPLOI

Le demandeur (Écrire en lettres majuscules et en noir)

NOM DE NAISSANCE : _____ PRÉNOM : _____

NOM MARITAL : _____

1 - Rupture du contrat de travail

Date de rupture du contrat de travail : _____ Motif du départ Démission
 Licenciement économique
 Autres licenciements

Indemnités reçues à votre départ

| | |
|---|----------------------|
| Indemnité de licenciement _____ | <input type="text"/> |
| Indemnité compensatrice de congés payés _____ | <input type="text"/> |
| Indemnité transactionnelle _____ | <input type="text"/> |

Autres périodes sans activité sur les 2 dernières années :

2 - Indemnisation Pôle emploi

Êtes-vous indemnisé par le Pôle emploi ? oui non

A quel titre êtes-vous actuellement indemnisé ? (à relever sur les documents du Pôle emploi) :

3 - Situation actuelle

Si vous avez suivi, ou si vous suivez actuellement un stage de formation, précisez :

Nom et adresse de l'organisme _____

Nature du stage : _____

Date de début : _____ Date de fin : _____

Êtes-vous accompagné dans votre recherche d'emploi ? Pôle emploi APEC Autres

Si oui, nom et adresse de l'organisme : _____

Précisez les frais liés à la recherche d'emploi :

Votre projet de formation a-t-il été validé par : Pôle emploi APEC

4- Projet professionnel

5 - Photocopies des pièces à joindre à votre demande

- 1 Le(s) dernier(s) bulletin(s) de salaire du dernier mois des personnes vivant au foyer
- 2 Attestation Pôle emploi délivrée par l'employeur
- 3 Notification initiale de décision du Pôle emploi
- 4 Un curriculum vitae
- 5 _____

Vous avez formulé une demande d'intervention sociale auprès de votre institution de retraite complémentaire. Vous devez savoir que :

- la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites dans cet imprimé ; elle vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant,
- les renseignements demandés sont nécessaires pour permettre au service social de votre institution de retraite de prendre une décision concernant votre demande : seul ce service a accès aux informations que vous donnerez,
- certaines questions posées peuvent vous paraître éloignées de l'objet de votre demande ; il vous est cependant demandé d'y répondre afin de réaliser un bilan de votre situation au regard des diverses aides que votre institution peut vous accorder sous diverses conditions (ressources, situation familiale, état de santé, nature de la demande...).
- dans l'objectif d'actualiser ou de préciser les données fournies, nous pouvons être amenés à contacter tout organisme à cet effet.

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans ce dossier sont exacts.

DATE : _____ SIGNATURE
(obligatoire)