



DEMANDE D'ALLOCATION MUTUALISTE DE SOLIDARITE

*A retourner accompagnée des pièces justificatives
par voie postale à : LMDE – Mutuelle Intériale – Aides sociales - 32 rue Blanche 75009 Paris
ou par mail à contact-lmde@meservices.fr en précisant pour objet de mail : « Demande d'aides sociales »*

Nom : Prénom : Date de naissance : __|__|__|__|__|__|

Adresse :

Téléphone portable:.....Adresse mail :

N° d'adhérent : __|__|__|__|__|__|__|__| N° de Sécurité sociale : __|__|__|__|__|__|__|__|

Etudes suivies + année d'études :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur cette demande

Votre situation familiale

Quelle est votre situation : Célibataire [] – Marié(e) ou vivant maritalement [] – veuf(ve) ou divorcé(e) [] – pacsé(e) []

Combien d'enfants à charge avez-vous ? Avez-vous d'autres personnes à charge ?.....

Si nécessaire indiquez la profession de votre conjoint ou concubin :

Votre situation financière

Ne pas oublier de joindre les justificatifs (Reportez-vous à la notice d'information)

RESSOURCES MENSUELLES (valeur en €)

	Bourse							Prêt famille	Aide familiale	Salaire, allocation chômage, ...	C.A.F	Autres	TOTAL
	Cocher le n° d'échelon de votre bourse :												
	0	1	2	3	4	5	6						
Vos ressources													
Les ressources de votre conjoint(e) ou concubin(e)													
Les ressources de vos parents (si vous êtes à leurs charges)													

CHARGES MENSUELLES (valeur en €)

	Loyer	Charges (élect, gaz, eau, téléphone, Internet,...)	Créances (prêt,...)	Impôts	Transport	TOTAL
Vos charges
Charges de votre conjoint(e) – Concubin(e)
Parents (si vous êtes à la charge de vos parents)



Remarques particulières concernant votre situation financière :

.....
.....

Montant de la dépense

(NE PAS OUBLIER DE JOINDRE LES JUSTIFICATIFS)

Type de soins et date :

Montant total des dépenses (factures ou devis) :

Montant des dépenses restant à votre charge après remboursement sécurité sociale :

.....

Montant des dépenses restant à votre charge après remboursement complémentaire santé LMDE :

.....

Avez-vous sollicité :

- l'aide de la commission des prestations supplémentaires de la caisse primaire d'assurance maladie dont vous dépendez : OUI [] – NON []

• Date de la demande : montant de l'aide obtenue :

- l'aide d'autres organismes ou de services sociaux : OUI [] - NON []

Si OUI

<u>Nom</u>	<u>Date de la demande</u>	<u>Montant</u>
1) CROUS.....	___/___/___
2) Universitaire /Ecole (FSDIE ou équivalent)	___/___/___
3) Collectivités (Conseils régionaux, généraux ou Ville)	___/___/___
4) Autres (Mutuelle parentale,..)	___/___/___

Montant de l'aide demandé pour l'AMS :€

Exposé de la situation

(à remplir par le service social demandeur)

.....
.....



Par ailleurs, je certifie avoir pris connaissance du règlement de l'Allocation Mutualiste de Solidarité (article 29 du Règlement mutualiste LMDE).

Les informations recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement informatique et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la passation, la gestion et l'exécution du contrat. La base légale des traitements mentionnés est l'exécution du contrat. La Mutuelle sera également susceptible de traiter vos données dans le cadre de contentieux, contre la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, afin de se conformer aux réglementations applicables.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL ou la loi.

Elles seront éventuellement communiquées aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, administrations, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations.

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès ou choisir d'en limiter l'usage. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez exercer vos droits par email (dpo@interiale.fr) ou par courrier (LMDE – Mutuelle Intériale - DPO - 32 RUE BLANCHE - 75009 PARIS).

En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL. Pour plus d'informations, consultez <https://www.lmde.fr/donnees-personnelles>

A :, le Signature :

Cadre réservé à la Mutuelle

Date de réception du dossier :

Cachet de la Mutuelle

NOTICE D'INFORMATION – PIÈCES JUSTIFICATIVES A NOUS COMMUNIQUER

NATURE DES JUSTIFICATIFS

LES DOCUMENTS DEVANT ÊTRE FOURNIS

VOS RESSOURCES PROPRES

❖ Bourse

☛ Copie de votre attestation de bourse mentionnant le n° d'échelon et le montant

❖ Prêt famille.....

☛ Attestation sur l'honneur mentionnant le montant du prêt.

❖ Salaire, Allocation chômage...

☛ • Avis d'imposition ou de non imposition
• et/ou les trois derniers bulletins de salaire
• et/ou relevé de versement de votre allocation chômage.

❖ CAF.....

☛ Copie de la notification des prestations versées par la Caisse d'Allocation Familiale.

AUTRES RESSOURCES

❖ Si vous êtes marié(e), pacsé(e) ou en concubinage

☛ Joindre également, le dernier avis d'imposition ou non imposition ou les trois derniers bulletins de salaire de votre conjoint(e), pacsé(e) ou concubin(e).

❖ Si vous êtes rattaché(e) fiscalement à vos parents

☛ Dernier avis d'imposition ou non imposition ou les trois derniers bulletins de salaire de vos parents.

VOS CHARGES PROPRES

❖ Loyer, gaz, électricité, eau, téléphone, Internet

☛ Quittance de loyer (ou charges de copropriété), gaz, électricité, eau, téléphone et Internet couvrant les 3 derniers mois précédant votre demande.

❖ Créances (prêt,...), impôts locaux,.....

☛ Copie de tout document pouvant authentifier : les créances, les impôts locaux,...

AUTRES CHARGES

Si vous habitez chez vos parents

❖ Loyer, gaz, électricité, eau, téléphone, Internet

☛ Quittance de loyer (ou charges de copropriété), gaz, électricité, eau, téléphone, Internet, de vos parents, couvrant les 3 derniers mois précédant votre demande.

❖ Créances (prêt, ...); impôts locaux, autres

☛ Copie de tout document pouvant authentifier leurs créances, les impôts locaux, ...