

La Commission d'aide sociale de la Mutuelle Familiale peut être saisie par tout adhérent devant faire face à des dépenses de santé dépassant ses possibilités financières (Art.5 du RI). Les demandes doivent concerner des appareillages ou traitements médicaux ponctuels et non permanents.

L'adhérent doit en outre :

- être à jour de sa cotisation mutualiste
- avoir au minimum un an d'ancienneté d'adhésion au moment des soins concernés.

**Dans ce cas, vous devez renvoyer à la Commission d'aide sociale régionale (Section Mutuelle Familiale de votre région) ce document dûment rempli, accompagné DES PIECES JUSTIFICATIVES demandées.**

## ADHÉRENT

Nom du demandeur : ..... Prénom : .....

N° de S.S. : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Clé : 

--	--

Ayant droit concerné par la demande : .....

Adresse : ..... Code postal : .....

Ville : ..... Tél : .....

Situation de famille :  Marié(e)  Pacsé(e)  Union libre  Divorcé(e)  Célibataire  Veuf(ve)

Nombre d'enfant(s) fiscalement à charge : .....

Êtes-vous :  En activité  En arrêt maladie  Privé(e) d'emploi  Retraité(e)  Autre : .....

Conjoint :  En activité  En arrêt maladie  Privé(e) d'emploi  Retraité(e)  Autre : .....

## MOTIF DETAILLE DE LA DEMANDE (si nécessaire, utiliser une feuille annexe)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## PIECES JUSTIFICATIVES à joindre impérativement à la présente demande

### JUSTIFICATIFS DE VOS RESSOURCES

- Copie du dernier avis imposition ou de non-imposition faisant apparaître le montant des revenus déclarés et le coefficient familial.
- Si les revenus actuels sont différents de l'avis d'imposition ou si des revenus sont non imposables, joindre également selon le cas :
  - décompte Sécurité sociale pour les indemnités journalières
  - justificatif du montant du versement POLE EMPLOI
  - justificatif du montant de la pension : invalidité, veuf(ve) de guerre ou militaire...
  - justificatif du montant des allocation(s) CAF: enfant(s), adulte handicapé, tierce personne, personnalisée d'autonomie autre (préciser) : .....

### JUSTIFICATIFS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE

- Original facture ou titre du Trésor Public impayé(e) OU
- Copie facture portant la mention "acquittée" OU Devis **ET**
- Copie de votre demande d'aide à votre Centre de Sécurité Sociale ou à la MDPH qui doit être également sollicité.

Date : .....

Signature :