

**FONDS D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE  
MALADIE ET VIEILLESSE**

**Demande d'aide financière individuelle au  
titre de :**

**Assurance maladie**

**Assurance vieillesse**

**DEMANDEUR**

Nom : ..... Prénom : .....

Nom marital : ..... Date de naissance : |\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|\_|\_|

NNI : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse : .....

N° de téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Le demandeur est-il :      en activité          retraité            invalide     

-----  
La demande concerne :      l'assuré            le conjoint            les enfants     

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

COLLECTIVITE N° |\_|\_|\_|\_|\_|

**OBJET ET MONTANT DE LA DEPENSE OU DE L'AIDE FINANCIERE SOLLICITEE**

OBJET DE LA DEMANDE : .....

.....

MONTANT DE LA DEPENSE : ..... €

S'agit-il : d'une première demande ?  d'un renouvellement ?

MOTIF DE LA DEMANDE : .....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ Relevez d'un régime complémentaire maladie OUI  NON

➤ Dans l'affirmative, joindre **obligatoirement** le décompte de remboursement du régime complémentaire.

➤ Pour les prothèses dentaires, joindre **obligatoirement** la facture ou la feuille de soins fournie par le praticien précisant le n° de dent soignée.

Le demandeur a-t-il fait appel à une autre forme d'entraide interne au culte ? OUI  NON

Si OUI, indiquer laquelle : - l'organisme : .....

- le montant de l'aide : ..... €

### MODE DE PAIEMENT

Je désire que le montant de l'aide soit versé sur le compte dont les références figurent sur le relevé d'identité bancaire ou postal joint **obligatoirement** à la demande.

### RESSOURCES DU DEMANDEUR

Joindre obligatoirement le dernier avis de non imposition.

#### OBSERVATIONS ET AVIS DE LA COLLECTIVITE

*(Ne remplir cette case que s'il s'agit d'une demande d'aide financière au titre de l'assurance vieillesse)*

.....  
 .....  
 .....

Avis :       FAVORABLE                       DEFAVORABLE

Montant de l'aide accordée par la collectivité :  €

SIGNATURE DU RESPONSABLE

ET CACHET DE LA COLLECTIVITE :      A : ..... Le : .....

#### DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné : ..... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements précisés dans ce dossier.

Fait à ....., le ..... SIGNATURE :