

FONDS SOCIAL

Demande d'intervention

Demandeur

Nom de naissance : Nom marital :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone

Bureau : Domicile : Mobile :

Email :@.....

N° de Sécurité sociale :

Marié(e) [] Vie maritale [] Pacsé(e) [] Divorcé(e) [] Séparé(e) []

Célibataire [] Veuf(ve) []

Conjoint, concubin, pacsé

Nom de naissance : Prénom : Né(e) le :

Emploi occupé :

Autres personnes au foyer

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Profession ou autre situation

BUDGET MENSUEL*

REVENUS

CHARGES

SALAIRES (Avant PAS)	HABITATION (TTC)	
Demandeur	Loyer + charges locatives	
Conjoint (revenus)	Autres (préciser)	
Autres (préciser)	IMPÔTS	
ALLOCATIONS	Impôts sur le revenu	
Pôle emploi	Impôts Foncier	
Allocations familiales	Taxe d'habitation/Redevance TV	
Allocation logement	ABONNEMENT/QUITTANCE	
Autres allocations (préciser)	Eau	
	Electricité/Gaz	
	Assurance auto	
	Assurance habitation	
	Assurances diverses	
	Télécom (fixe, portable,)	
	Autres (préciser)	
AUTRES RESSOURCES		
Indemnités journalières SS (Sécurité sociale)	TRANSPORTS	
Indemnités journalières Complémentaires IPBP	Abonnement	
Pension d'invalidité SS	Essence	
Rente invalidité IPBP	Autres (préciser)	
	AUTRES CHARGES	
Epargne disponible : (Plan Epargne Retraite, PERP, Retraite supplémentaire Epargne Salariale...)	Pension alimentaire versée	
Revenus locatifs	Scolarité	
	Frais de garde	
	Activités sportives, culturelles	
	Cantine	
	Autres (préciser)	
Revenus mobiliers	CREDITS	
	Mensualité	Terme
Rente accident du travail	Crédit immobilier 1)..... /
	2)..... /
Pension alimentaire reçue	Crédit divers (préciser) 1) /
	2) /
	Dettes diverses (préciser) 1) /
	2) /
TOTAL	TOTAL	

*montant ramené au mois

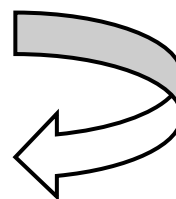
ORGANISMES SOLLICITES ET AIDES PERCUES OU ATTENDUES

	MONTANT
Comité Social Economique	
Mutuelle (ou organisme semblable)	
Caisse de Retraite complémentaire	
ANAH	
AGEFIPH	
Conseil Régional	
Autres organismes	
TOTAL	

Avez-vous contacté l'Assistante sociale de votre entreprise ?

oui non

Tournez la page svp



Justificatifs à fournir :

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition (toutes les pages)
- Photocopie des dernières fiches de paye
- Relevé d'identité bancaire
- Photocopie des factures ou devis faisant l'objet de la présente demande

L'Action sociale de l'IPBP pourra le cas échéant vous demander d'autres justificatifs.

En signant le présent formulaire, j'autorise IPBP à collecter et à utiliser mes données personnelles pour le traitement de ma demande et pour la mise en œuvre d'obligations réglementaires auxquelles IPBP est soumise. Ces données peuvent faire l'objet de traitements informatisés, dans le respect de la réglementation applicable. J'ai bien noté que je dispose de droits d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de ces données, ainsi que du droit d'en limiter l'usage ou de s'opposer à leur traitement. Ces droits peuvent être exercés par courrier auprès de : Mr le Délégué à la Protection de Données - IPBP – 22, rue du Château – 92200 Neuilly-sur-Seine ou bien par voie électronique dpo@car-ipbp.org. Je peux également introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour plus de détails sur ces démarches et sur le dispositif de protection des données de IPBP, il est possible de consulter la Politique de protection des données personnelles, sur le site PREVENTIO : <https://www.bp-preventio.org> à la rubrique « mentions légales » (Informatique et Libertés).

J'atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts.

Fait à Le

Signature :

A adresser au moins 3 semaines avant la date de la commission

IPBP Action sociale – 22, rue du Château – 92200 NEUILLY-SUR-SEINE

mail : action.sociale@car-ipbp.org