



F O N D S S O C I A L

FSINTER/M

DEMANDE D'INTERVENTION

① VOTRE IDENTITÉ

Nom de Naissance Prénom

Nom Marital (s'il y a lieu) Date de Naissance

Adresse

.....

Code Postal 

N° de Sécurité Sociale

Célibataire Marié (e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (ve) Vie Maritale

② IDENTITÉ DE VOTRE CONJOINT

Nom de Naissance Prénom

Date de Naissance Date de Mariage

Date du Décès (éventuel)

n° de Sécurité Sociale

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 familiale	Profession de l'enfant (et de son conjoint)

⑤ VOS CHARGES

		MONTANT en EUROS	PAIEMENT Mensuel, Trim., Annuel.
	Taxe d'habitation		
	Frais de chauffage		
	Dépenses de gaz, électricité		
Si vous êtes locataire	Montant du loyer		
	Charges locatives		
Si vous êtes propriétaire	Remboursements de prêts (mensualités et date de fin des remboursements)		
	Taxe foncière sur propriétés bâties		
	Charges de copropriété		
Si vous êtes hébergé	Par vos enfants : participation aux frais		
	Par une autre personne : participation aux frais		
	En maison de retraite : frais de séjour		
	En logement - foyer : frais de séjour		
Autres charges			

Bénéficiez-vous de l'ALLOCATION LOGEMENT ? Montant mensuelEUROS
de l'AIDE PERSONNALISÉE AU LOGEMENT (APL) ? Montant mensuel EUROS

SANTÉ

Avez-vous la charge de personnes malades ou handicapées ? OUI NON
Avez-vous une mutuelle (ou tout autre organisme de prévoyance) ? OUI NON
Si oui, quel est cet organisme ?
Etes-vous pris en charge à 100 % ou exonéré du ticket modérateur ? OUI NON

⑥ VOS SALAIRES, RETRAITES, ET AUTRES RESSOURCES

	PAIEMENT	MONTANT NET PERÇU			Ne rien inscrire dans cette colonne
	Mensuel (M) Trimestriel (T) Annuel (A)	Par vous- même	Par votre conjoint	Par une autre personne vivant à votre domicile	
Salaires					
Allocation de chômage ou de préretraite					
Ind. journalière de la Séc. Soc.					
Allocations familiales					
Retraite Sécurité Sociale					
Retraite payée par la CARBP					
Retraite payée par l'UPS					
Autres retraites (préciser le nom de l'organisme)					
Rentes accident du travail					
Pensions d'invalidité de Sécurité Sociale					
Pensions d'invalidité complémentaires					
Pensions de veuve de guerre					
Pensions militaires (y compris ascendants)					
Rentes viagères					
Revenus locatifs et fermages					
Revenus mobiliers					
Allocations pour handicapés					
Autres allocations d'aide sociale					
Pensions alimentaires versées par les enfants					
<u>Divers</u>					

⑦ AIDES EXCEPTIONNELLES REÇUES (au cours des 12 derniers mois)		
ORGANISME	MOTIF	MONTANT en EUROS
Centre Communal d'Action Sociale ou Mairie		
Sécurité Sociale		
Caisse de Retraite complémentaire		
Mutuelle (ou organisme semblable)		
Comité d'Entreprise		
Autre organisme		

⑧ AUTRES ÉLÉMENTS QUE VOUS SOUHAITERIEZ NOUS COMMUNIQUER

↳ I M P O R T A N T
Nous vous remercions de joindre à ce dossier votre <u>dernier avis d'imposition</u>.
<u>L'IPBP pourra le cas échéant vous demander d'autres justificatifs.</u>

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans ce dossier sont exacts.	
<u>Date</u> :	<u>Signature</u> :