

DOSSIER DE DEMANDE DE PRÊT SOCIAL

1- NATURE DE LA DEPENSE DE SANTE A FINANCER

.....

.....

2- DEMANDEUR

N° Contrat : N° de Prêt Social :

NOM : Prénom : Date de Naissance :/...../.....

Adresse :

Code postal : Ville : Tél :/...../...../...../.....

Activité : SPP CS :
 PAT SDIS :
 SPV CS : Profession Principale:
 Retraité :

Situation Familiale : Célibataire Marié(e) En concubinage Divorcé(e) Veuf(ve)

3- CONJOINT OU PERSONNE VIVANT MARITALEMENT AVEC LE DEMANDEUR

NOM : Prénom : Date de Naissance :/...../.....

Adresse :

Code postal : Ville : Tél :/...../...../...../.....

Profession :

4- AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER DU CONJOINT (Hors conjoint)

NOM	Prénom	Date de Naissance	Profession/ Activité
.....
.....
.....
.....
.....

5- RESSOURCES

Nature des revenus mensuels	Du Demandeur	Du Conjoint	Des Enfants s'ils vivent chez le demandeur	Des Parents si le demandeur vit chez ses parents
Salaires				
Indemnités journalières				
AF (Allocations familiales)				
ASF (Allocation de soutien familial)				
ARE (Allocation d'aide au Retour à l'Emploi)				
RSA (Revenu de Solidarité Active)				
ASS (Allocation de Solidarité Spécifique)				
AAH (Allocation d'adulte handicapé)				
Complément AAH				
MVA (Majoration pour vie autonome)				
ACTP (Allocation compensatrice tierce personne)				
APA (Allocation Personnalisée d'autonomie)				
ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes âgées)				
APL (Aide personnalisée au logement)				
ALS (Allocation de logement social)				
Pension d'invalidité				
Pension alimentaire				
Pension de réversion				
Revenus Fonciers				
Autres				

6- CHARGES

Nature des charges mensuelles	Montant
Loyer (avant déduction de l'APL)	
Crédit immobilier	
Frais d'hébergement	
EDF	
GDF	
Eau	
Téléphone / Portable / Internet	
Pension alimentaire	
Impôts sur le revenu	
Impôts Fonciers	
Taxe d'habitation / redevance télévision	
Assurances habitation/véhicule	
Crédit à la consommation	
Frais relatifs à l'emploi d'une tierce personne	
Remboursement d'un plan de surendettement (échancier établi par la Banque de France)	
Charges autres (à préciser)	

7- MODE D'HEBERGEMENT

- A domicile Logement de fonction
- Chez une autre personne Centre médicalisé ou spécialisé Maison de retraite

8- MOTIF DE LA DEMANDE

• **Affection en cause** :

.....

.....

Date de début de l'affection :

• **S'il y a eu hospitalisation** :

Lieu :

Date d'entrée :

Date de sortie :

• **Traitements particuliers** :

.....

.....

• **Etat de santé actuel** :.....
.....
.....
.....

Les documents médicaux fournis resteront confidentiels et serviront seulement pour juger de votre état afin de donner son avis aux membres de la commission.

EN CAS D'ACCIDENT :

• **Date et circonstances de l'accident** :.....
.....
.....
.....

Y a-t-il un tiers en cause ? oui non

Est-il assuré pour ce risque ? oui non

Nom de la compagnie d'assurance :.....

Adresse :.....
.....

• **Bénéficiez-vous pour cet accident d'une possibilité d'indemnisation :**

* soit par le tiers responsable ? oui non

* soit par une assurance que vous avez souscrit ? oui non

Si vous avez été indemnisé, quelle est la décision médico-légale ?.....
.....
.....
.....

Adressez le rapport d'expertise.

Quel est le montant de l'indemnisation ?.....

☞ **Le demandeur est-il :**

- * sous tutelle ? oui non

- * sous curatelle ? oui non

9-AIDES RECUES OU A VENIR

Noms des organismes sollicités	Montant des aides financières accordées	Nature des aides matérielles accordées
<i>Réseau associatif sapeur-pompier</i>		
Amicale		
Union Départementale		
Union Régionale		
Fonds National sapeur-pompier « Solidarité Familles »		
<i>Organismes de droit commun</i>		
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)		
Fonds Départemental de Compensation de la MDPH		
Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la CPAM		
Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)		
Conseil Général		
Caisse de retraite		
Autres, précisez :		

10- INFORMATIONS SUR LE PRÊT

Montant du Prêt :

Durée :

Échéance Mensuelle envisagée :

Je soussigné (e), agissant en mon nom propre

Ou en ma qualité de représentant

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et autorise la Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France à transmettre le cas échéant ce dossier à un autre organisme (CPAM, Conseil Général ...) ou Association (Amicale, Union Départementale, Union Régionale, Solidarité Familles ...).

Fait à Le / /

Signature

Dossier de demande à transmettre à la :

- MNSPF - Service Social – 6 Boulevard Déodat de Séverac – CS 60327 – 31773 COLOMIERS CEDEX

Pièces à joindre :

- Une copie du devis,
- Une copie des pièces justificatives concernant les revenus : dernier avis d'impôt sur les revenus recto verso, attestation de paiement de la Caisse d'Allocations Familiales, et 3 derniers bulletins de salaire des personnes vivant au foyer.
- Une copie des 3 derniers relevés de comptes bancaires pour justifier les charges courantes mensuelles,
- Pour une demande relative à un aménagement lié à un handicap ou un fauteuil roulant : la copie de la décision de la MDPH ainsi que du Fonds Départemental de Compensation.