

DOSSIER COMMISSION SOCIALE

1- OBJET DE LA DEMANDE D'AIDE

.....
.....

2- DEMANDEUR

N° Contrat :

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

Adresse :

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

Activité : SPP CS:..... SDIS :

PAT SDIS :

SPV 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				

☞ **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-MOTIVATION DE LA DEMANDE

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

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,
- Une copie des pièces justificatives concernant les charges si elles ne sont pas mentionnées sur les relevés de comptes bancaires : échéancier EDF, GDF, eau, assurances automobile, habitation et autres, dernière taxe d'habitation et taxe foncière, quittance de loyer,
- 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.
- Pour une demande relative à une dépense de santé (lunettes, prothèses et soins dentaires, appareil auditif, dépassements d'honoraires) : la copie de la décision de la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la CPAM,