

## **DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE FONDS SOCIAL PREVOYANCE DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG**

Le Fonds Social Prévoyance de l'EFS est destiné à aider, ou accompagner, dans les limites de son budget, les bénéficiaires du régime prévoyance EFS étant dans une situation financière particulièrement difficile liée au décès, à l'incapacité temporaire de travail, à l'incapacité permanente de travail et à l'invalidité.

### **I. VERIFIEZ D'ABORD QUE VOUS ETES ELIGIBLE AU FONDS SOCIAL**

**Conditions :**

- ▶ Le bénéficiaire des prestations est adhérent au régime Prévoyance de l'EFS
- ▶ Il s'agit de dépenses présentant un lien avec les garanties du régime prévoyance.
- ▶ La dépense a un caractère nécessaire, exceptionnel et est liée, notamment à :
  - L'aménagement du cadre de vie
  - L'assistance à domicile
  - L'accompagnement par un professionnel de santé
  - Les frais d'obsèques
- ▶ Les dépenses concernent l'année en cours (ou l'année passée pour les Commissions de début d'année)
- ▶ La situation financière du demandeur ou de sa famille est difficile ou rendue difficile par cette dépense

### **II. VERIFIEZ QUE VOTRE DOSSIER EST COMPLET : SINON IL NE SERA PAS TRAITE PAR LA COMMISSION.**

**Pièces obligatoires à fournir :**

- ▶ Certificat attestant de l'état de santé rendant nécessaire la dépense (ou certificat de décès)
- ▶ Au moins 2 devis de professionnels différents
- ▶ ou justificatif de la dépense
- ▶ Justificatif des remboursements Sécurité Sociale
- ▶ Justificatif des remboursements complémentaires
- ▶ Photocopie du dernier avis d'imposition ou, à défaut, certificat de non-imposition
- ▶ Tous les justificatifs relatifs à votre demande

N'oubliez pas que ce qui peut vous paraître indiscret dans ce formulaire ne se justifie que par le souci de mieux comprendre votre demande afin de pouvoir vous accompagner.

Tous les renseignements fournis seront strictement confidentiels et ne pourront être utilisés à d'autres fins. Le dossier sera présenté anonyme à la Commission.

**DEMANDEUR / BÉNÉFICIAIRE**

**NOM :** .....

**PRÉNOM :**  
.....

**ADRESSE :**  
.....  
.....

**NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :** .....

**FONCTION :**  
.....

**LIEU D'ACTIVITÉ :**  
.....

**DATE D'EMBAUCHE :** .....

**SITUATION DE FAMILLE** (mettre une croix dans la case utile) :

- Célibataire
- Marié(e)
- Concubin
- Union libre / Pacs
- Divorcé(e) ou séparé(e)
- Veuf(ve) – Date du décès du conjoint --- / ---/ ---

**NOM, PRÉNOM ET LIEN DE PARENTÉ DU BÉNÉFICIAIRE** (si différent du demandeur) :

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

**PERSONNES À CHARGE**

| <b>NOM ET PRÉNOM</b> | <b>DATE DE<br/>NAISSANCE</b> | <b>LIEN DE PARENTÉ</b> | <b>SITUATION DE<br/>FAMILLE</b> | <b>PROFESSION<br/>OU SITUATION<br/>PARTICULIERE</b><br>(de la personne à charge<br>et/ou du conjoint) |
|----------------------|------------------------------|------------------------|---------------------------------|---|
|                      |                              |                        |                                 |   |
|                      |                              |                        |                                 |   |
|                      |                              |                        |                                 |   |
|                      |                              |                        |                                 |   |

| RESSOURCES ANNUELLES DE LA FAMILLE |              |                         |                                      |
|------------------------------------|--------------|-------------------------|--------------------------------------|
| DÉSIGNATION                        | RESSOURCES   |                         |                                      |
|                                    | du demandeur | du conjoint ou concubin | des autres personnes vivant au foyer |
| ▶ Salaires nets                    | .....        | .....                   | .....                                |
| ▶ Allocations familiales           | .....        | .....                   | .....                                |
| ▶ Allocation logement              | .....        | .....                   | .....                                |
| ▶ Autres ressources <sup>(1)</sup> | .....        | .....                   | .....                                |
| <b>TOTAL :</b>                     |              |                         |                                      |

<sup>(1)</sup> Exemples : rentes viagères, revenus mobiliers, loyers, pension militaire, rente d'invalidité, pension alimentaire...

| CHARGES ANNUELLES DE LA FAMILLE   |   |
|---|---|
| <b>LOGEMENT <sup>(2)</sup></b>  |   |
| <p>Si vous êtes PROPRIETAIRE ou en ACCESSION À LA PROPRIETE (barrer la mention inutile)</p> <p>■ Remboursement de prêts pour accession à la propriété : ..... € par an</p> <p>■ Taxe foncière : ..... € par an</p> <p>■ Taxe d'habitation : ..... € par an</p> <p>■ Charges de copropriété : ..... € par an</p> | <p>Si vous êtes LOCATAIRE :</p> <p>■ Loyer : ..... € par an</p> <p>■ Taxe d'habitation : ..... € par an</p> <p>■ Charges locatives ou de copropriété : ..... € par an</p> |
| <p>■ Si VOUS HABITEZ, chez vos parents, des enfants, ou d'autres personnes, indiquez le montant de votre participation aux frais de logement : ..... € par an</p>   |   |
| <p>■ Êtes-vous logé à titre gratuit : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>   |   |
| <b>AUTRES CHARGES <sup>(2)</sup></b>  |   |
| <p>■ Chauffage : ..... € par an</p> <p>■ Impôts sur le revenu : ..... € par an</p> <p>■ Gaz, électricité : ..... € par an</p>   | <p>■ Crédits à la consommation (à détailler) : ..... € par an</p> <p>■ Autres charges régulières : ..... € par an</p>   |
| <b>CHARGES EXCEPTIONNELLES (au cours des 12 derniers mois)</b>  |   |
| <p>■ Frais d'installation (déménagement, aménagement) : ..... €</p> <p>■ Frais d'amélioration du confort de votre logement : ..... €</p> <p>■ Frais consécutifs à un décès : ..... €</p> <p>■ Autres (à préciser) : ..... €</p>   |   |
| <b>TOTAL :</b>  |   |

<sup>(2)</sup> Joindre impérativement tous les justificatifs

**DETAILS DE LA DEPENSE :**

**MONTANT HORS REMBOURSEMENT :**

**REMBOURSEMENT SECU (à préciser même si la dépense n'est pas encore engagée) :**

**TOTAL DES REMBOURSEMENTS :**

**RESTE A CHARGE (MONTANT DEMANDE) :**

**AIDES EXCEPTIONNELLES REÇUES OU DEMANDEES  
CES 12 DERNIERS MOIS**

| DESIGNATION  | MOTIF | MONTANT | DATE  |
|--|-------|---------|-------|
| ▶ Fonds social Malakoff Médéric  | ..... | .....   | ..... |
| ▶ Fonds social Frais de santé EFS  | ..... | .....   | ..... |
| ▶ Fonds social de la CPAM  | ..... | .....   | ..... |
| ▶ Fonds social (complémentaire Frais de Santé ou Prévoyance)   | ..... | .....   | ..... |
| ▶ Accord portant sur l'emploi, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap | ..... | .....   | ..... |
| ▶ Centre communal d'action sociale (CCAS)  | ..... | .....   | ..... |
| ▶ Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS)  | ..... | .....   | ..... |
| ▶ Commission d'entraide ou de secours du CE  | ..... | .....   | ..... |
| ▶ Autre Commission sociale   | ..... | .....   | ..... |
| ▶ Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)   | ..... | .....   | ..... |
| ▶ Agefiph  | ..... | .....   | ..... |
| ▶ Divers   | ..... | .....   | ..... |

**RESUME DU CONTEXTE ET DE LA DEMANDE :**

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements  
contenus dans la présente demande.  
En cas de fausse déclaration, je m'expose à des poursuites pénales.

Fait à ..... le ..... Signature :