

Fonds de solidarité PREDICA

FORMULAIRE DE DEMANDE

Toute demande dont le montant restant à charge est inférieur à 160 € ne sera pas recevable.

RUBRIQUE N° 1 - DEMANDE D'AIDES SOCIALES

- Consultations paramédicales
 Frais de prothèses
 Frais d'implants (dentaires, mammaires ou capillaires)
 Parodontie et/ou orthodontie
 Accompagnement hospitalier

Frais liés à un handicap :

- Frais d'appareillage
 Frais d'aménagement du domicile
 Frais d'aménagement du véhicule

Autres : _____

RUBRIQUE N° 2 - ASSURÉ PRINCIPAL DU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ

M. Mme Nom de naissance _____ Nom d'usage _____
 Prénom _____

Né(e) le ____/____/____

N° adhérent (indiqué sur la carte de Tiers Payant) ____/____/____

Adresse _____

Code postal ____/____/____ Ville _____

Pays _____

Tél. ____/____/____/____/____/____ Email _____

Situation familiale Célibataire Concubine(e) Marié(e) Pacsé(e)

Situation professionnelle En activité, depuis le ____/____/____

Sans emploi, depuis le ____/____/____

En invalidité, accident de travail, depuis le ____/____/____

Avec reconnaissance de handicap - MDPH

Nom de l'employeur (le cas échéant) : _____

RUBRIQUE N° 3 - COMPOSITION FAMILIALE

Conjoint / Concubin

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance ____/____/____ Nom de naissance _____

Situation professionnelle En activité, depuis le ____/____/____

Sans emploi, depuis le ____/____/____

En invalidité, accident de travail, depuis le ____/____/____

Enfants à charge

Nom	Prénom	Date de naissance	Profession ou autres situations
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____

RUBRIQUE N° 4 - PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE

La demande concerne-t-elle l'assuré ou une autre personne ?

L'assuré lui-même Un ayant droit

Nom _____ Prénom _____

Lien de parenté (ou autre) avec l'assuré _____

Avec reconnaissance de handicap - MDPH

RUBRIQUE N° 5 - CHARGES ET RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER

	CHARGES MENSUELLES VERSÉES PAR		
	Assuré	Conjoint / Concubin	Autres personnes vivant au foyer
Loyer	_____ €	_____ €	_____ €
Prêt(s) en cours Nature du(des) prêt(s) :	_____	_____	_____
Montant(s) des échéances mensuelles de remboursement	_____ €	_____ €	_____ €
Pension(s) alimentaire(s)	_____ €	_____ €	_____ €
Plan Banque de France	_____ €	_____ €	_____ €
Autres (à préciser) :	_____ €	_____ €	_____ €
CHARGES TOTALES	_____ 0,00 €	_____ 0,00 €	_____ 0,00 €

	MONTANT MENSUEL PERÇU PAR		
	Assuré	Conjoint / Concubin	Autres personnes vivant au foyer
Salaire(s)	_____ €	_____ €	_____ €
Indemnité(s) Pôle Emploi	_____ €	_____ €	_____ €
Indemnité(s) journalière(s)	_____ €	_____ €	_____ €
Pension(s) d'invalidité	_____ €	_____ €	_____ €
Rente(s) accident du travail	_____ €	_____ €	_____ €
Allocation(s) adulte(s) handicapé(s)	_____ €	_____ €	_____ €
Pension(s) (à préciser) :	_____ €	_____ €	_____ €
Revenus du patrimoine (à préciser) :	_____ €	_____ €	_____ €
Allocations familiales	_____ €	_____ €	_____ €
Autres (à préciser) :	_____ €	_____ €	_____ €
RESSOURCES TOTALES	_____ 0,00 €	_____ 0,00 €	_____ 0,00 €

RUBRIQUE N° 6 - NATURE DE LA DEMANDE*

* Le motif de la demande peut être complété par papier libre

RUBRIQUE N° 7 - NATURE DES FRAIS

Si vous avez eu des dépenses successives pour les mêmes soins, objet de la demande, veuillez indiquer les différentes périodes concernées. Veuillez également indiquer les prises en charges déjà perçues pour les dépenses faisant l'objet de la demande.

	Du _____ au _____	Du _____ au _____	Du _____ au _____
Nature	_____	_____	_____
Montant			
- Devis	_____ €	_____ €	_____ €
- Facture	_____ €	_____ €	_____ €
Remboursement(s)			
- Régime de base	_____ €	_____ €	_____ €
- Régime complémentaire	_____ €	_____ €	_____ €
- Aides légales éventuelles (à préciser) :	_____ €	_____ €	_____ €
Reste à votre charge	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Une demande d'aide a-t-elle été déposée auprès d'autres organismes ? Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

Quelles aides avez-vous obtenues (subvention, prêt) ?

De quel montant ? _____ € À quelle date ? _____

RUBRIQUE N° 8 - POUR FINALISER VOTRE DEMANDE

Toute demande dont le montant restant à charge est inférieur à 160 € ne sera pas recevable.

Merci de compléter le dossier et de joindre les pièces justificatives par courrier :

**Fonds de Solidarité
PREDICA**

21 rue de la Bienfaisance
75382 PARIS CEDEX 08

ou en version électronique à :

fondssolidaritepredica@fds-aco.com

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE AU DOSSIER

- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu,
- Copie des justificatifs des ressources (bulletin de salaire, titres de pension, etc.) et charges du foyer (quittance, échéancier etc.),
- Pièces justificatives des frais engagés (décomptes régime de base et/ou régime complémentaire, factures, etc.),
- Justificatifs de toutes aides légales ou extra-légales perçues,
- Relevé d'Identité Bancaire aux normes SEPA.

Les informations demandées sont à usage strictement confidentiel pour la gestion nécessaire à l'instruction du dossier.

Gestion de vos données

Vos données à caractère personnel collectées dans la présente par AGRICA, responsable de traitement, sont obligatoires pour instruire et traiter votre dossier de demande d'aide et le cas échéant, vous attribuer une aide et effectuer son versement Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, vous disposez sur vos données personnelles des droits d'accès, d'opposition à leur traitement, de rectification, le cas échéant, en cas d'erreur, à l'effacement, de limitation, et de portabilité sur les données que vous avez personnellement fournies. Vous pouvez exercer l'ensemble de ces droits (en justifiant de votre identité) sur simple demande à AGRICA à l'adresse suivante : dpo.blf@groupagricra.com ou par courrier postal à l'adresse : Groupe AGRICA Direction Déléguée Maîtrise des Risques - 21, rue de la Bienfaisance - 75382 Paris Cedex 08.

En signant ce formulaire :

j'accepte que mes données relatives à ma situation personnelle et à ma santé, dont le traitement est obligatoire en vue de mon dossier de demande d'aide, soient collectées par AGRICA pour les finalités d'instruction et de traitement de ce même dossier et le cas échéant, pour les finalités d'attribution et de versement de l'aide et fassent l'objet d'une gestion interne par AGRICA dans le respect de la réglementation applicable.

Je soussigné(e), _____

certifie sincères et véritables les renseignements indiqués dans ce dossier et m'engage à les justifier pour toute demande d'aide sociale du Fonds de Solidarité PREDICA.

Fait à _____

Le | | | | |

Signature de l'assuré précédée de la mention
« lu et approuvé »