



**MBTP**

# DEMANDE D'AIDE INDIVIDUELLE

Vous êtes adhérent :

MBTP SE

MBTP Nord

MBTP - Service Action Sociale

5 rue Jean-Marie Chavant 69369 LYON Cedex 07

action-sociale@mutuelle-mbtp.com

Quel est l'objet de votre demande ? .....

## DEMANDEUR =ADHÉRENT(E)

Nom..... Prénom.....

Date de naissance :

N°adhérent :         (figure sur votre carte de tiers payant Actil)

Adresse .....

Adresse mail : .....@.....

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Vie maritale  Pacsé(e)

Actif(ve)  Retraité(e)  Demandeur d'emploi  Autre  (à préciser) .....

Avez-vous la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé ? oui  non

Nombres d'années dans le BTP : .....

## CONJOINT (E) et/ou AYANT-DROIT

Nom..... Prénom.....

Date de naissance :

Actif (ve)  Retraité(e)  Demandeur d'emploi  Autre  (à préciser) .....

Si décédé(e), date du décès :

Ancienneté dans le BTP : ..... ans

## AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

Nom, Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation

• Etes-vous soutenu(e) par un ou des proche(s) : enfants, famille, amis... ? oui  non

**Si oui, merci de préciser le lien :** .....

et la nature de l'aide apportée : .....

• Soutenez-vous un ou des proche(s) ? oui  non

**Si oui, merci de préciser le lien :** .....

et la nature de l'aide apportée : .....

Êtes-vous accompagné(e) par un service social ? oui  non

Si oui, merci de préciser ses coordonnées (organisme, contact, téléphone) : .....

**1) RESSOURCES DU FOYER (Liste des justificatifs à joindre en page 6)**

Mensuelles (ou moyennes sur les 6 derniers mois)	Demandeur	Conjoint(e)	Autres personnes vivant au foyer
<b>Salaires et prestations sociales</b>			
Salaire net			
Allocations versées par Pôle Emploi			
Indemnités journalières de la Sécurité sociale			
Indemnités journalières complémentaires			
Rente ou pension d'invalidité versée par la Sécurité sociale			
Rente ou pension d'invalidité complémentaire			
Allocations handicap ou dépendance (AAH*, APA*, PCH*,...)			
Allocations familiales			
Aide au logement			
RSA*			
Autres (à préciser)			
<b>Retraites de base</b>			
Régime général (ex. : CARSAT*)			
Autres (à préciser)			
<b>Retraites complémentaires (à détailler)</b>			
<b>Autres ressources</b>			
Revenus fonciers			
Revenus mobiliers			
Intérêts de placement			
Pension alimentaire			
Autres (à préciser)			

\* voir en page 5

## 2) CHARGES DU FOYER (Liste des justificatifs à joindre en page 6)

Mensuelles (ou moyennes sur les 6 derniers mois)		Montant			
<b>Logement</b>					
Loyer et charges					
Prêt(s) immobilier(s)					
Charges de copropriété					
Frais d'hébergement en maison de retraite					
Frais de maintien à domicile (aide-ménagère, téléassistance...)					
Electricité					
Gaz					
Téléphonie (fixe, portable), accès internet					
Eau (si non inclus dans les charges)					
Chauffage : fuel, bois, ... (si non inclus dans les charges)					
<b>Assurances</b>					
Habitation					
Véhicule(s)					
Autre(s) : prévoyance, obsèques,...					
Cotisation MBTP, si vous adhérez à titre personnel					
Cotisation de votre conjoint s'il a sa propre mutuelle					
<b>Impôts</b>					
Impôt sur le revenu					
Taxe foncière (résidence principale et autre)					
Taxe d'habitation (résidence principale et autre) et redevance audiovisuelle					
<b>Autres charges</b>					
Pension alimentaire					
Frais de scolarité, d'internat, de cantine					
Frais de garde d'enfant(s)					
<b>Détail des crédits à la consommation</b>					
Organismes	Objet	Montant total	Date de début	Date de fin	Mensualité

Avez-vous des revenus et/ou charges liés à une résidence secondaire ? oui  non

**Si oui, merci de préciser leur montant mensuel** Revenus : ..... € Charges : ..... €

Avez-vous saisi la Commission de surendettement ? oui  non

**Si oui, merci de préciser à quelle date :** | | | | | | | | | |

Un plan conventionnel est-il en cours ? oui  non  **Si oui, merci de joindre une copie du plan**

**Avez-vous déjà sollicité la MBTP pour une aide ?** oui  non  **Si oui, en quelle année ?**.....

### 3) AIDES EXCEPTIONNELLES SOLLICITEES ET/OU PERÇUES AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS

Organismes	Motif et date de la demande	Montant de l'aide obtenue	Date
Sécurité sociale (CARSAT* ou CPAM*)			
Caisse de retraite complémentaire (nom à préciser)			
Mutuelle du conjoint			
Conseil Général			
AGEFIPH*			
MDPH*			
Fonds de Compensation du Handicap			
<b>Autres</b>			
Comité d'entreprise			
Aides de particuliers (famille, amis,...)			
Autres (à préciser)			

### 4) SITUATION ACTUELLE ET OBJET DE LA DEMANDE

## 5) ATTESTATION SUR L'HONNEUR

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans ce dossier sont exacts et que je ne dispose pas, pour faire face à mes difficultés, de ressources financières autres que celles que j'ai mentionnées.

Fait à....., le.....

Signature du demandeur<sup>(1)</sup> :

<sup>(1)</sup> obligatoire

Les données personnelles collectées et traitées sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s).

Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà des durées applicables de prescription et de conservation des documents comptables.

Vous pouvez en demander l'accès, la rectification, l'effacement, une limitation ou opposition au traitement, la portabilité, ou introduire une réclamation ou des directives post mortem en écrivant à :

MBTP SE  
Service Relation Client  
5 rue Jean-Marie Chavant  
69369 LYON CEDEX 7

MBTP NORD  
Service Relation Client  
TSA 10030  
69307 LYON CEDEX 7

Plus de détails sur <https://www.mutuelle-mbtp.com/protection-des-donnees-personnelles/>

\*

- AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
- AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées
- APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- APL : Aide Personnalisée au Logement
- CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de La Santé Au Travail
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées
- PCH : Prestation de Compensation du Handicap
- RSA : Revenu de Solidarité Active

# JUSTIFICATIFS A FOURNIR

(photocopies uniquement)

Ressources du foyer
- Bulletins de salaires du demandeur, de son conjoint, et/ou ayant-droit et le cas échéant des autres personnes rattachées au foyer fiscal du demandeur. <b>Pour les personnes en formation, bulletins de salaire pendant la formation</b>
- Allocations versées par Pôle Emploi
- Décomptes des indemnités journalières de la Sécurité sociale <b>ET</b> des indemnités journalières complémentaires
- Rentes d'invalidité de la Sécurité Sociale <b>ET</b> rentes d'invalidité complémentaire
- Allocations handicap ou dépendance (AAH*, APA*, PCH*)
- Allocations familiales
- Aide au logement
- RSA*
- Avis de versement des retraites
- Revenus fonciers, mobiliers et intérêts de placement
- Pension alimentaire
- Tous autres justificatifs
Charges du foyer
- Loyer et charges
- Prêt(s) immobilier(s)
- Charges de copropriété
- Frais d'hébergement en maison de retraite
- Frais de maintien à domicile (aide-ménagère, téléassistance...)
- Quittances d'électricité, de gaz, d'eau
- Factures de téléphonie (fixe, portable), accès internet
- Factures de fuel, de bois...
- Assurances habitation, véhicules
- Autre(s) assurance(s) : prévoyance, obsèques
- Cotisations mutuelle(s) si elles ne sont pas prélevées sur le(s) salaire(s)
- Avis d'impôt sur le revenu ( <b>dans son intégralité</b> )
- Avis de taxe d'habitation et de redevance audiovisuelle, avis de taxe foncière ( <b>dans leur intégralité</b> )
- Pension alimentaire
- Frais de scolarité, de cantine, d'internat, de garde d'enfant(s)
- Echancier(s) de(s) crédit(s) à la consommation
- Charges liées à une résidence secondaire
- Tous autres justificatifs
Objet de la demande d'aide individuelle
- Devis, factures...
- Réponse(s) des organismes saisis pour cette même demande