

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE DENTAIRE AUPRES DU FONDS D'AIDE SOCIALE (FAS)

Nom - Prénom : _____ Matricule MDF : _____

Tél. : Courriel :

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) (*Rayer la mention inutile*)

Nombre d'enfants à charge : Ages :

Autres personnes à charge (*préciser*) :

RESSOURCES ANNUELLES

SALAIRE ANNUEL PERÇU PAR L'ASSURE(E)

Indiquez le montant total du salaire net
que vous avez perçu au cours de l'année civile précédente
(y compris frais professionnels, gratifications, rappels...)

/ _____ /

INDEMNITES JOURNALIERES (maladie - maternité - accident du travail)

Indiquez le montant total des indemnités journalières,
tous risques confondus, perçues au cours de l'année civile précédente

/ _____ /

PENSIONS - RENTES

Indiquez le montant total des pensions, rentes, etc.
que vous avez perçues au cours de l'année civile précédente

/ _____ /

ALLOCATIONS FAMILIALES

Faites le total de toutes les allocations
que vous avez perçues au cours de l'année civile précédente (allocations
familiales, salaire unique, allocation logement...)

/ _____ /

AUTRES REVENUS

Avez-vous d'autres revenus que ceux mentionnés ci-dessus ?

OUI NON (*)

- Si OUI, précisez s'il s'agit d'une rente viagère, d'honoraires, d'intérêts

- Quel en est le montant annuel ?

/ _____ /

CONJOINT - AYANTS DROIT - PERSONNE VIVANT MARITALEMENT AVEC L'ASSURE(E)

Votre conjoint, vos ayants droit ou la personne vivant maritalement avec
l'assuré(e) ont-ils des revenus personnels ?OUI NON (*)

- Si OUI, précisez s'il s'agit d'un salaire, d'une pension, d'une rente

- Quel en est le montant annuel ?

/ _____ /

CHARGES HABITUELLES (Loyer, traites, véhicules, etc.)

À détailler.....
Fournir les pièces justificatives

/ _____ /

CHARGES EXCEPTIONNELLES

À détailler
Fournir les pièces justificatives

/ _____ /

PERCEVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DEJA PERCU UNE AIDE (CAFAT, CRE, etc.)

Si oui, quel en est le montant mensuel ou forfaitaire (rayer la mention inutile)

/ _____ /

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des indications fournies ci-dessus (*).

À _____ le _____

Signature

PS : Vous devez joindre obligatoirement à ce formulaire les documents suivants :

- 2 devis de prothèses dentaires dont 1 établi par un praticien MDF
- L'avis ci-après du praticien MDF dûment complété et signé
- Une lettre explicative détaillée de la demande d'aide
- Copie des trois dernières fiches de salaire
- Copie de l'avis d'imposition
- Copie des justificatifs des charges déclarées
- Copie des trois derniers relevés de compte bancaire
- Copie de la carte handicapé (éventuellement)
- L'avis des autres organismes sollicités (FAS CAFAT, CRE...)

Avis du praticien MDF

Dans le cadre du traitement de la demande d'aide au FAS, la mutuelle collecte des données à caractère personnel. L'adhérent est invité à consulter la notice d'information, qui lui donnera de plus amples informations relatives à la protection de ses données, aux traitements effectués et aux droits qu'il estime utile d'exercer, conformément à la réglementation en vigueur applicable au traitement des données à caractère personnel, et en particulier la loi modifiée n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés à jour du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016.

(*) La loi rend passible d'amendement et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Articles L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale - 441.1 du Code Pénal)