

Action Sociale

Demande d'intervention



Madame, Monsieur,

Afin de pouvoir étudier votre demande d'aide exceptionnelle, nous vous remercions de :

- 1 remplir cet imprimé,
- 2 joindre un courrier explicatif de votre situation,
- 3 joindre les pièces médicales : factures, devis, courriers...
- 4 joindre la copie de votre dernier avis d'imposition sur le revenu,
- 5 joindre la notification d'accord ou de refus de Secours exceptionnel de la Sécurité sociale sur cette même dépense.

■ **Si votre demande concerne une demande d'aide-ménagère**

Joindre les éléments 1 et 4 du paragraphe précédent ainsi que la prescription médicale de votre médecin. L'accord de l'Action Sociale est indispensable avant l'envoi des factures d'aide-ménagère.

Votre demande est à retourner à

Radiance Mutuelle
Action Sociale
55 allée Albert Sylvestre
CS 12620
73026 Chambéry Cedex

ou via la Messagerie de votre
Espace Client sur **radiance.fr**

Tél. 09 69 36 4000
(coût d'un appel local)

Les dossiers sont étudiés sous conditions de ressources. Vous serez informé par écrit de la décision prise par l'Action Sociale de vous attribuer ou non le bénéfice d'une aide exceptionnelle.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

L'Action Sociale
Radiance Mutuelle

NOM : Prénom :

N° adhérent :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone : E-mail :

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Vie maritale Pacsé(e)

Les autres personnes à charge membres du foyer de l'assuré(e)		
NOM	Prénom	Date de naissance

Vous êtes : Salarié Bénéficiaire d'une pension

Travailleur indépendant Allocataire adulte handicapé

Retraité ou préretraité Invalidité

Bénéficiaire du RSA Étudiant

Autre, préciser :

Motif de votre demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous interrompu votre activité pour raisons médicales ? OUI NON

Si oui, depuis quelle date :

et date de reprise :

Avez-vous rencontré des difficultés qui auraient engendré une réduction de votre activité ? OUI NON

Si oui, lesquelles :

Autres aides sollicitées pour le même objet <i>(préciser les aides demandées ou accordées auprès d'autres organismes)</i>		
Nom organisme	Montant demandé	Montant accordé

Ressources mensuelles		
Nature des ressources	Assuré(e)	Conjoint(e)
Revenus liés à une activité		
Salaires nets (après impôts)		
Indemnités chômage		
Indemnités journalières Sécurité sociale		
Complément employeur ou prévoyance		
Revenus d'activité non salariée		
Pensions et rentes		
Pension(s) d'invalidité		
Complément d'invalidité		
Retraite / pré-retraite		
Pension civile et militaire		
Rente accident du travail ou rente survivant		
Prime d'activité		
Revenu de solidarité active (RSA)		
Allocation Adulte Handicapé (AAH)		
Allocations familiales		
Allocation logement		
Autres prestations Caf		
Revenus divers		
Revenus mobiliers ou fonciers		
Pensions alimentaires perçues		
Autres ressources		
Total ressources		

Charges mensuelles	
Nature des charges	Montant
Loyer ou prêt d'accession à la propriété	
Pensions alimentaires versées	
Emprunt en cours de remboursement (voiture / autre)	
Total charges	

Si votre demande concerne une aide-ménagère,

avez-vous pris contact avec l'assistance pour cette demande ? OUI NON

Si oui, quelle réponse vous a été apportée ? Accord de prise en charge Refus de prise en charge

En cas d'accord, avez-vous bénéficié de l'aide à domicile ? OUI NON

Si oui, nombre d'heures accordées :

Le présent document est une attestation sur l'honneur qui engage son auteur et doit être signé.

A

Signature :

Le