

**DOSSIER DE DEMANDE DE SOUTIEN**  
**Fonds d'Actions Solidaires**

CIVILITE \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_

PRENOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_

VILLE \_\_\_\_\_

NUMERO ADHERENT \_\_\_\_\_

Pour qui sollicitez-vous le soutien ? (Nom, prénom) \_\_\_\_\_

Soutien sollicité :

Santé	Psychologique	Cotisations	Aidants
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Afin de présenter votre demande de soutien à la Commission d'Actions Solidaires, nous vous prions de bien vouloir :

- compléter la **déclaration sur l'honneur** jointe recto-verso,
- nous la retourner accompagnée des documents indiqués dans la liste **(au verso du présent dossier)**
  - par courrier simple à affranchir au tarif lettre à :  
**Association des Assurés April**  
**Fonds d'Actions Solidaires**  
**114 BD Vivier Merle**  
**69439 Lyon Cedex 03**
  - ou par mail à **soutien@associationdesassuresapril.fr**

Nous vous informons que votre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (Sécurité Sociale, MSA, RSI) ou votre caisse de retraite peuvent, éventuellement, vous apporter des aides ponctuelles. Vous pouvez les solliciter en parallèle de votre demande à l'Association des Assurés APRIL.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos respectueuses salutations.

**Anne DAVIET**  
**Votre interlocutrice Fonds d'Actions Solidaires**

# Pièces à nous retourner

- **La déclaration sur l'honneur recto/verso : complétée, datée et signée**
- **Impôts sur le revenu : la photocopie de toutes les pages recto/verso du dernier avis d'imposition sur le revenu des personnes vivant au foyer**
- **Impôts fonciers et taxe d'habitation : la copie des derniers avis**
- **Revenus actuels du foyer : les justificatifs de vos revenus actuels si ceux-ci diffèrent des sommes figurant sur l'Avis d'imposition**
- **CAF : la copie de la dernière attestation de paiement de la CAF (mentionnant le montant des prestations perçues)**
- **Minimum vieillesse : l'attestation d'attribution du Minimum Vieillesse si vous en êtes bénéficiaire**

## Les justificatifs des frais pour lesquels le soutien est demandé :

**Soutien Frais de santé → 2 devis de 2 fournisseurs différents**

**Soutien psychologique → le devis détaillé du nombre de séances et leur coût**

**→ la prescription médicale**

**Soutien Aidants → le devis des frais**

- **Un dossier retourné complet est un dossier qui sera soumis d'autant plus rapidement à la Commission d'Actions Solidaires.**

# Déclaration sur l'honneur

FONDS D' ACTIONS SOLIDAIRES

**1) Afin de nous permettre de bien comprendre votre difficulté à faire face aux frais pour lesquels vous sollicitez ce Soutien, merci de nous en préciser la nécessité et l'urgence médicale :**

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

## 2) Situation de famille

*Célibataire*   *Marié(e)*   *divorcé*   *Veuf(ve)*   *Séparé(e)*   *Union Libre*   *Pacsé(e)*

                

## 3) Composition du foyer

Nom - Prénom des membres du foyer (y compris l'Adhérent principal)	Date de naissance	Profession actuelle ou Profession exercée avant la retraite	Bénéficiaire du RSA	Bénéficiaire AAH
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tournez ➡

#### 4) Contacts

Téléphone	Portable	Email

#### 5) Votre habitation

Je suis propriétaire	Maison	Appartement	Date début du prêt	Date fin du prêt	Mensualité de remboursement	Surface de l'habitation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				m2

Je suis locataire	Maison	Appartement	Montant du loyer	Surface de l'habitation	Occupant à titre gratuit*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		m2	<input type="checkbox"/>

\*Nous préciser par qui et à quel titre : .....

#### 6) Vous avez des crédits à la consommation (autres que le crédit immobilier)

Organisme prêteur	Mensualité de remboursement	Montant emprunté	Date de début du prêt	Date de fin du prêt	Raison pour laquelle le crédit a été souscrit

1- Traitement de votre dossier : les informations recueillies sont nécessaires et indispensables au traitement de votre dossier de demande de Soutien qui sera examiné par la Commission d'Actions Solidaires. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'Association et au Fonds d'Actions Solidaires, et sont conservées pendant la durée de votre adhésion et ensuite archivées pendant une durée de 2 ans 1/2. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez accéder, faire modifier, faire rectifier ou faire supprimer les données personnelles vous concernant conservées par l'Association des Assurés April en adressant un courrier recommandé accompagné de la copie recto-verso d'une pièce d'identité à l'adresse suivante : 114 boulevard Marius Vivier Merle 69003 Lyon.

2- Information à votre Assureur Conseil : en cas d'octroi d'un Soutien du Fonds d'Actions Solidaires de l'Association, une information pourra être faite à votre Assureur conseil. Cette information prendra la forme suivante : "Nous avons le plaisir de vous informer que la Commission d'Actions Solidaires de l'Association a fait bénéficier votre client d'une aide, dans le cadre de son Fonds".

Autorisez-vous l'Association des Assurés APRIL à informer votre Assureur Conseil comme indiqué ci-dessus :  OUI  NON

#### **--- IMPORTANT ---**

- Je certifie ne pas avoir engagé les frais pour lesquels je sollicite ce Soutien, c'est-à-dire ne pas avoir débuté les soins ou signé un devis ou un bon de commande ou avoir payé les frais. En remplissant la présente attestation et en joignant des pièces médicales, je consens à transmettre des données de santé à l'Association aux fins de l'étude de ma demande de soutien et reconnais être informé que ces données font l'objet de traitements informatiques par l'Association à cette seule fin sans transmission à des tiers.

- Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur les documents que j'ai transmis à l'Association des Assurés APRIL.

Fait à : .....

Nom Prénom : .....

Le : .....

Signature :