

# Demande de participation

Dans le cadre de vos garanties santé et/ou de prévoyance d'Audiens, vous pouvez bénéficier d'aides spécifiques au titre de l'accompagnement solidaire et social. Ces aides individuelles et personnalisées sont l'expression de la solidarité professionnelle.

Vous effectuez votre demande de participation pour :

- une prise en charge de cotisation santé
- un complément de garantie aux dépenses de santé
- une prise en charge aux dépenses de soutien familial
- une allocation de vacances en maison spécialisée pour une personne handicapée
- une prise en charge aux dépenses de soutien scolaire

## IDENTIFICATION

Mme  M. Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Tél. \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

### Situation de famille (cochez la case de votre choix)

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Concubin(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Nombre d'enfants à charge fiscale \_\_\_\_/\_\_\_\_

### Situation personnelle (cochez la case de votre choix)

En activité  Pigiste  Chômeur  Incapacité de travail  Préretraité(e)  Retraité(e)

Le document en annexe vous précise :

- les conditions nécessaires à remplir pour obtenir la prestation sollicitée,
- les pièces justificatives indispensables à l'examen de votre demande.



**RESSOURCES DU FOYER**

Ressources de l'année précédente <sup>(1)</sup>	Demandeur	Conjoint ou autre(s) personne(s) vivant au foyer
Ressources annuelles nettes (avant abattement fiscal)		
Allocations familiales (à l'exception des aides au logement)		
Pensions et rentes <sup>(2)</sup>		
Autres revenus <sup>(3)</sup>		
<b>Total</b>		

(1) En cas de diminution de vos ressources pendant l'année en cours (chômage, invalidité, etc.), merci de joindre les justificatifs de vos revenus actuels (3 derniers avis de paiement et notification de décision).

(2) Y compris rente accident de travail, invalidité, pension militaire, pension de veuve de guerre, pension alimentaire.

(3) Préciser la nature de ces revenus (mobiliers, fonciers...) et leur montant.

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des mentions portées sur ce document.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature

**Merci de retourner votre demande de participation à :**

**Audiens - Accompagnement solidaire et social**  
TSA 30409  
92177 Vanves Cedex

Pour nous joindre  
**0173 173 726**

**Protection des données à caractère personnel**

Les informations collectées dans le présent formulaire sont nécessaires à l'étude et à la gestion de votre dossier par les services d'action sociale d'Audiens Santé Prévoyance. Elles peuvent, dans ce cadre uniquement, être transmises à des sous-traitants. Elles peuvent également être utilisées à des fins de statistiques propres à l'action sociale. Ces données ne sont conservées que pour la durée nécessaire à la gestion de votre dossier par l'action sociale puis jusqu'à expiration des délais légaux de prescription applicables. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous bénéficiez, sous réserve de justifier de votre identité, de droits d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant, d'opposition et de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Ces droits peuvent être exercés : par courrier électronique à dpo@audiens.org; par courrier postal à DPO - Audiens Santé-Prévoyance, 74 rue Jean Bleuzen, 92170 VANVES.

