



FONDS SOCIAL
FICHE DE RENSEIGNEMENTS - RETRAITÉS -

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT



NP-0000040780

Numéro d'affiliation CIPAV :

NOM :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse personnelle : N° et nom de la voie :

Code postal : Commune :

Téléphone Personnel : Fax :

AIDE DEMANDÉE : PEUT ETRE FORMULÉE SUR PAPIER LIBRE

Motif de l'aide souhaitée

Joindre IMPERATIVEMENT les justificatifs adéquats

MONTANT DE L'AIDE DEMANDÉE

Empty box for amount

Avez-vous déjà fait appel au Fonds Social d'un autre organisme ?

oui non

Si « oui » lequel ? AIDE OBTENUE

Empty box for aid obtained

SITUATION FAMILIALE (Cochez la case correspondant à votre situation)

Celibataire Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e) Vie maritale Divorcé(e)

Situation des enfants (à compléter obligatoirement) :

Table with 3 columns: Nom - Prénom, Profession (De l'enfant, De son conjoint), Nombre d'enfants à charge

T.S.V.P.

RESSOURCES ANNUELLES DU FOYER : Joindre IMPERATIVEMENT votre dernier avis d'imposition ainsi que les notifications des retraites qui vous sont servies.

Avez-vous des placements non imposables ? oui non
y compris Plan d'Epargne, Livret de Caisse d'Epargne,
Assurance VIE, etc...

Si « oui » montant des capitaux placés		<input type="text"/>
RETRAITE CIPAV (Base et Complémentaire).....		<input type="text"/>
AUTRES RETRAITES		<input type="text"/>
SALAIRES ET RENTES		<input type="text"/>
REVENUS MOBILIERS (Placements)		<input type="text"/>
AIDE ALIMENTAIRE <input type="checkbox"/> en nature <input type="checkbox"/> en espèce	MONTANT	<input type="text"/>
FONDS DE SOLIDARITE VIEILLESSE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	MONTANT	<input type="text"/>
ALLOCATION PERSONNALISÉE À L'AUTONOMIE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	MONTANT	<input type="text"/>
AUTRES REVENUS (Préciser).....	MONTANT	<input type="text"/>
.....		
MONTANT TOTAL DES REVENUS		<input type="text"/>

Etes-vous soumis à l'impôt sur les grandes fortunes ? oui non

CHARGES ANNUELLES DU FOYER :

ETES VOUS PROPRIETAIRE DE VOTRE LOGEMENT ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
MONTANT DU LOYER et des charges locatives ou de copropriété	<input type="text"/>	
PERCEVEZ-VOUS L'ALLOCATION LOGEMENT <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	MONTANT <input type="text"/>	
MONTANT DES CHARGES eau, gaz, électricité, chauffage	<input type="text"/>	
MONTANT DES IMPOTS sur le revenus, C.S.G., Foncier, Habitation	<input type="text"/>	
MONTANT TOTAL DES CHARGES		<input type="text"/>

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A, le/...../.....

Signature :

· La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du code de la Sécurité sociale, 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

· La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.