

# Mutualistes Consulaires Solidaires

143, rue Blomet 75015 Paris  
SIREN : 798 803 771  
<http://www.mutuellemcs.com>  
[mcs@agrume-groupe-harmonie.fr](mailto:mcs@agrume-groupe-harmonie.fr)



## QUESTIONNAIRE FONDS DE SOLIDARITÉ

Questionnaire à retourner au secrétariat de la mutuelle, 143 rue Blomet 75015 Paris ou à adresser à [mcs@agrume-groupe-harmonie.fr](mailto:mcs@agrume-groupe-harmonie.fr) accompagné de tout document justifiant la demande (lettre de motivation) et des pièces justificatives **après et seulement après avoir sollicité la commission d'entraide de votre complémentaire santé** (cf encadré ci dessous)

### Tout dossier incomplet ne sera pas présenté à la commission

#### Information concernant l'adhérent

Nom et prénom : .....

Adresse.....

Code postal ..... Ville.....

Date de naissance.....Situation familiale.....

Numéro de téléphone ..... E-mail :.....@.....

Nom et prénom du conjoint.....

Date de naissance.....Profession.....

Nombre d'enfants à charge..... Noms - Prénoms - Ages et situations

.....

.....

**SITUATION A LA CCIR** Actif  Retraité  Demandeur d'emploi

Pour les actifs, Établissement ou service.....

Emploi.....

#### **RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER**

Salaires, pensions, rentes nets : de l'adhérent : ....., du conjoint : .....

des Enfants : ..... D'autres personnes : .....

Allocations sociales et familiales..... Pensions alimentaires reçues.....

Autres ressources.....

#### Pièces justificatives à joindre (en photocopie)

1. **Dernier avis d'imposition de l'adhérent, du conjoint, concubin ou co-signataire d'un PACS ;**
2. **Factures et devis justifiant les dépenses médicales ;**
3. **Réponse complète de la complémentaire santé et de SA COMMISSION D'ENTRAIDE QUI DOIT AVOIR OBLIGATOIREMENT ETE SAISIE D'UNE DEMANDE D'AIDE ;**
4. **Réponse de TOUT AUTRE ORGANISME COMPLEMENTAIRE qui aurait été sollicité.**

#### Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) :

Les données personnelles que vous communiquez sont utilisées pour la seule tenue de la commission de solidarité de la MCS et ne font l'objet d'aucun traitement informatique. Vos données personnelles ne sont, en aucun cas, communiquées à des tiers et restent en possession de la MCS, sans qu'il soit possible à un tiers de les consulter ou de les utiliser.

En application du RGPD, Vous pouvez, en tout temps et gratuitement, requérir une mise à jour ou la suppression de vos données personnelles ou exercer tout autre droit qui vous est conféré par le RGPD en envoyant un courriel à [mcs@agrume-groupe-harmonie.fr](mailto:mcs@agrume-groupe-harmonie.fr) ou un courrier postal à MCS 143 rue Blomet 75015 Paris.

**DEMANDE AUPRES DE LA COMMISSION DE LA MCS**

Allocation : ..... €     Prêt : ..... €

**Si vous bénéficiez d'un autre organisme de remboursement complémentaire, merci de nous communiquer le montant accordé par cet organisme.....€**

Tout prêt accordé sera remboursé par prélèvement automatique, au vu du RIB et du mandat de prélèvement SEPA fournis lors de votre adhésion à la MCS. Les éventuels frais de rejet seront à la charge de l'adhérent.

**Les décomptes originaux de sécurité sociale et de mutuelle seront exigés pour débloquer les sommes attribuées par la Commission.** La non-présentation de ces documents entraînera l'annulation de la décision de la Commission et le remboursement immédiat des sommes allouées.

**Déclaration sur l'honneur :**

Je m'engage, par la présente, à ne pas solliciter une autre aide à caractère social, en dehors de la commission d'entraide de ma complémentaire santé, pour le même motif.

**Je souhaite recevoir un nouvel imprimé « Questionnaire Fonds de Solidarité »**  OUI     NON

Fait à :    Le :    Signature de l'adhérent

**CADRE RESERVE A LA MCS – NE PAS COMPLETER**

Montant de la dépense réelle :	.....euros		
Montant des remboursements : Sécurité Sociale	.....euros	)	
		)	TOTAL REMBOURSE
Complémentaire santé	.....euros	)	
		)	
Entraide de la complémentaire santé	.....euros	)	
		)	.....euros
Autres aides	.....euros	)	

**RESTE A CHARGE.....euros**

Motifs particuliers de la mande.....

.....

**DECISION DE LA COMMISSION DU.....**

ALLOCATION.....Euros    PRET.....Euros

MODALITE DE REMBOURSEMENT DU PRÊT

.....

Signatures des membres de la Commission