mgen
GROUPE VYV

SERVICE D'AIDE À DOMICILE ACTION SOCIALE

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

DEMANDE DE PRESTATION

Avez-vous déjà bénéficié d'une prise en charge au titre du service d'aide à domicile (SAD) MGEN ?

☐ Oui, en ..... *(précisez l'année)* ☐ Non

BÉNÉFICIAIRE DE LA PRESTATION

Nom - Prénom			
Adresse			
N° téléphone		N° dossier survenance	
N° adhérent		Date de naissance	
Section départementale de rattachement			

Êtes-vous agent du Ministère de l'Éducation nationale, de la recherche et de l'enseignement supérieur ?

☐ Oui, actif.ve ☐ Oui, retraité.e ☐ Non

SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DE LA PRESTATION

Veuillez renseigner les informations suivantes de la manière la plus précise possible afin que votre demande puisse être présentée à la Commission d'action sociale.

Précisez la situation particulière à laquelle vous êtes confronté.e, hors indication médicale.

AIDES EXTÉRIEURES PERÇUES PAR LE BÉNÉFICIAIRE

☐ Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

☐ Aide de la CAF. *Précisez* .....

☐ Allocation compensatrice tierce personne (ACTP)

☐ Prestation de compensation de handicap - pour l'attribution d'une aide humaine (PCH - volet aides humaines)

☐ Majoration pour tierce personne (MTP)

COMPOSITION DU GROUPE FAMILIAL DU BÉNÉFICIAIRE

Nombre de personnes vivant au foyer ☐ *dont enfant de moins de 14 ans* ☐

☐ Vit seul ☐ Entourage à proximité ☐ Peut être aidé.e

Indiquez ci-dessous les personnes composant à ce jour le groupe familial, qu'elles disposent ou non de ressources (père/mère, concubin ou pacsé du parent, enfant(s) du foyer ou ascendant à charge).

Nom et Prénom	Lien de parenté	Activité (salarié, étudiant...)	Ressources Oui / Non

MGEN action sanitaire et sociale immatriculée sous le n° SIREN 441 921 913, mutuelle soumise aux dispositions du livre III du code le Mutualité ayant son siège : 3, square Max Hymans - 75748 Paris cedex 15

RESSOURCES DU GROUPE FAMILIAL OU DU BÉNÉFICIAIRE

La communication de vos ressources est nécessaire à l'étude de votre demande. N'omettez pas de joindre les avis d'imposition ou de non-imposition des personnes composant le groupe familial.

✔ RESSOURCES MENSUELLES

Revenus	Demandeur	Conjoint/Concubin	Autres (parents, enfants)
Salaires, retraites/pensions, allocations chômage, RSA, pensions alimentaires reçues, allocations familiales, autres ressources (à préciser)			
Total ressources mensuelles			

✔ CHARGES COURANTES

Charges courantes mensualisées	Montant
Loyer (hors APL ou prêt d'accession à la propriété), charges logement (eau, chauffage, électricité, gaz) **et taxes (habitation, foncière), pensions alimentaires** versées, assurances et mutuelle, téléphonie, Internet, de transport, liés au véhicule, de scolarité, de garde d'aide à domicile, cantine, autres (à préciser)	
Crédits (à préciser) :	
Total charges	

NATURE DU BESOIN D'AIDE À DOMICILE (à remplir par le demandeur)

- ☐ Petit ménage
- ☐ Gros ménage
- ☐ Repassage
- ☐ Auxiliaire de vie
- ☐ Préparation de repas
- ☐ Courses
- ☐ Actions éducatives enfants

Type de logement _____
(maison individuelle, appartement, logement adapté...)

Lieu d'exécution de la prestation

- ☐ Adresse habituelle
- ☐ Autre adresse *(à préciser ci-dessous)*

N° de voie - Type de voie - Nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal Ville

Je certifie l'exactitude de la présente déclaration. Je reconnais avoir pris connaissance du fait que le montant des aides cumulées ne doit pas être supérieur au montant de la facture émise par l'intervenant au titre de la prestation d'aide à domicile. Je m'engage à communiquer le montant de l'intervention de MGEN à tout organisme susceptible de compléter l'aide financière relative au règlement de cette prestation d'aide à domicile, à travers une aide sociale de quelque nature qu'elle soit.

Fait à ***le***

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR À L'APPUI DE LA DEMANDE

☐ Dernier avis d'imposition ou de non imposition des personnes composant le groupe familial.

☐ Tout justificatif permettant d'évaluer votre situation de fragilité et/ou faisant état des difficultés rencontrées (hors justificatif médical). Par exemple : notification APA, notification PCH, justificatif MTP....

ZONE RÉSERVÉE À MGEN

RESTE À VIVRE MENSUEL

Ressources globales – charges = reste à vivre	..... € pour ..... personne(s)

DÉCISION DE LA COMMISSION D'ACTION SOCIALE

Date de réception du dossier ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Date de la commission ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ ☐ **Accord** ☐ **Refus**

Fait le

Signature
(précisez la qualité et le nom du signataire)

Les données collectées dans le cadre du présent questionnaire sont traitées par MGEN en sa qualité de responsable de traitement. Vos données à caractère personnel, y compris vos données de santé, sont nécessaires pour l'exécution de votre contrat et notamment pour obtenir une prestation incluse dans votre offre ou une aide financière ponctuelle dans le cadre de l'action sociale. Vos données pourront faire l'objet d'analyses et d'études statistiques dans le respect de votre anonymat et de la pratique décisionnelle de la CNIL.

Vos données de santé sont des données sensibles traitées en toute confidentialité. Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL. Par sa signature, le membre participant garantit qu'il a pouvoir ou autorité pour agir au nom et pour le compte de ses ayants-droit pour ce qui concerne les données à caractère personnel fournies. Si ces demandes concernent des ayants-droit majeurs non incapables, elles doivent également être signées par ces derniers. Les données sont destinées aux personnels habilités de la mutuelle, et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants contribuant à la réalisation de ces finalités.

Conformément aux dispositions du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité de vos données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données vous concernant. Vous disposez également du droit de décider du sort de vos données après votre décès.

Toute demande d'exercice de vos droits peut être envoyée par courrier postal à l'adresse : MGEN - Centre de gestion de la Verrière - Protection des données - CS 10601 La Verrière – 6 bis avenue Joseph Rollo – 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex. Les demandes peuvent également être faites sur le site de MGEN à la page : https://www.mgen.fr/mes-donnees. Un justificatif d'identité pourra vous être demandé le cas échéant. Le DPO peut être contacté à l'adresse suivante : MGEN – Data Protection Officer – 3 square Max Hymans 75748 PARIS Cedex 15. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).