

**Le dossier complet est à retourner à l'adresse suivante :**

Enim – DSP  
33, boulevard Cosmao-Dumanoir  
CS 87770  
56 327 Lorient Cedex

## Demande d'actions sanitaires et sociales 2019

*Cocher la case correspondante à l'aide concernée*

- Secours pour frais d'obsèques (pour les personnes pensionnées et affiliées à l'Enim)  
 Aide supplémentaire aux prestations légales de prévoyance  
 Aide à la précarité énergétique (pour les personnes de 65 ans et plus)

### Identité du demandeur

Numéro de sécurité sociale :

Numéro de pension Enim :

Date de naissance   /   /

Madame  Monsieur

Nom et Prénom .....

Adresse N° ..... Voie .....

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

Facultatif : Téléphone :         Mél : .....

### Situation de famille

- Célibataire  Marié(e)/Pacsé(e)/Concubin(e) depuis le   /   /    
 Divorcé(e)/Séparé(e) depuis le   /   /    Veuf(ve) depuis le   /   /

### Identité du conjoint(e) ou du partenaire

Nom et Prénom .....

Date de naissance   /   /   Profession .....

Numéro de sécurité sociale :

### Autres personnes vivant au foyer

Nom – Prénom	Profession ou situation	Date de naissance	Lien de parenté

### Mode de logement

- Propriétaire  Locataire  Foyer logement  Autres à préciser .....

### Charge à déduire

Pension alimentaire versée (à justifier) :

.....

## Ressources mensuelles

Sont pris en considération tous les revenus perçus par le foyer (montants avant abattements imposables et non imposables)

	Vous	Nombre de trimestres validés	Droit : P = personnel R = réversion	Votre conjoint(e) / partenaire	Enfant ou autre personne résident au foyer
Salaire					
Indemnités journalières					
Complément employeur ou prévoyance					
Pension Enim					
Retraites autres régimes à détailler (1)					
Retraites complémentaires à détailler (1)					
Allocation Pôle emploi / RSA / prime d'activité					
Allocation adulte / enfant handicapé					
Revenus fonciers nets					
Revenus mobiliers déclarés					
Pension alimentaire reçue					
Autres revenus					
<b>TOTAL</b>					

(1) Veuillez préciser l'origine de vos ressources : CARSAT, MSA, ARRCO, IRCANTEC... Pour vos régimes de retraites, veuillez indiquer le nombre de trimestres validés. Vous trouverez ces informations sur vos notifications de retraite.

## Renseignements complémentaires pour le secours pour frais d'obsèques

**Pensionné décédé :**

Nom et Prénom .....

Numéro de sécurité sociale :

Date de décès   /   /

Numéro de pension Enim :

Date de naissance   /   /

Adresse N° ..... Voie .....

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

Montant des frais engagés : .....

Avez-vous bénéficié d'une aide similaire pour cette demande ?  OUI  NON

Si OUI, précisez de quel organisme : .....

Montant perçu : .....

**A compléter par les héritiers :**

Je soussigné .....

Domicilié .....

Héritier ou ayant-droit de M .....  
 Déclare me porter fort pour les cohéritiers.

## Renseignements complémentaires pour l'aide supplémentaire aux prestations légales de prévoyance

Origine de la dépense :

- Dentaire  Appareil auditif  Optiques  
 Fournitures médicales non remboursables  Fournitures médicales non remboursables  
 Prestations ou frais hospitaliers non remboursables (hors forfaits journaliers)  
 Transports non remboursables  Transports non remboursables

Couverture complémentaire :

Êtes-vous adhérent à une mutuelle complémentaire ?  OUI  NON

Nom et adresses de la mutuelle complémentaire :

.....  
.....  
.....

Montant de la participation de la mutuelle complémentaire :

.....

Êtes-vous adhérent à la CMU complémentaire ou à l'ACS ?  OUI  NON

Si OUI, précisez depuis quelle date : /.....

Avez-vous déposé une demande de CMU complémentaire ou à l'ACS ?  OUI  NON

Si OUI, précisez la date de dépôt : /.....

Montant des frais engagés : .....

Avez-vous bénéficié d'une aide similaire pour cette demande ?  OUI  NON

Si OUI, précisez de quel organisme : .....

Montant perçu : .....

## Renseignements complémentaires pour l'aide à la précarité énergétique

Avez-vous bénéficié d'une aide similaire pour cette demande ?  OUI  NON

Si OUI, précisez de quel organisme : .....

Montant perçu : .....

**Date de dépôt de la demande d'aide à la précarité énergétique uniquement entre le 1er janvier et le 30 juin 2019**

## A remplir par le demandeur

Je soussigné : .....

Autorise (précisez le nom et qualités) : .....

.....

À percevoir pour mon compte le versement direct du montant de la participation qui m'est allouée par l'Enim

À ..... Le /.....

<p>Je m'engage :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>À signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et de tout changement de domicile</li><li>À régler à l'Enim les sommes éventuellement versées à tort</li><li>À faciliter toute enquête.</li></ul>	<p>Signature obligatoire</p>  <p>Je certifie sur l'honneur l'authenticité des pièces et des renseignements fournis.</p>
--	---

## Justificatifs à fournir impérativement

Pièces à joindre quelle que soit l'aide :

- Imprimé de demande dûment complété et signé
- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Pour les actifs, les justificatifs des ressources de tous les membres du foyer (les 4 derniers bulletins de salaire, attestation Pôle Emploi...)

Pièces à joindre selon l'aide :

### Secours pour frais d'obsèques

- L'extrait d'acte de décès
- La facture acquittée des frais d'obsèques
- Si le demandeur, membre de la famille, n'est pas le conjoint, la déclaration de porte-fort
- Le RIB du demandeur comportant les codes BIC et IBAN
- En cas de règlement aux pompes funèbres : le RIB du prestataire comportant les codes BIC et IBAN

### Aide supplémentaire aux prestations légales de prévoyance

- Si la dépense est déjà engagée : la facture acquittée (original en cas de non remboursement par la caisse de sécurité sociale)
- Si la dépense n'est pas engagée : un devis détaillé
- Le décompte de remboursement de la mutuelle complémentaire ou l'attestation précisant la non prise en charge
- L'avis des sommes à payer pour les soins réalisés dans des établissements publics
- La prescription médicale originale (uniquement pour les actes non pris en charge par la caisse de sécurité sociale)
- La lettre de refus de prise en charge de la caisse de sécurité sociale (uniquement pour les actes non pris en charge par la caisse de sécurité sociale)
- En cas de règlement à un tiers : le RIB du prestataire comportant les codes BIC et IBAN

### Aide à la précarité énergétique

- Le certificat médical d'inaptitude totale et définitive au travail pour les pensionnés entre 60 et 64 ans
- Les justificatifs des frais d'hébergement en maison de retraite pour les couples si l'un d'eux s'y trouve placé

L'Enim se réserve le droit de demander toute pièce justificative estimée nécessaire à l'étude du dossier.

*Les informations personnelles recueillies par l'Enim pour le traitement des dossiers de ses correspondants respectent les obligations du règlement général sur la protection des données (RGPD – Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016) et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Pour plus d'informations, voir le site [www.enim.eu](http://www.enim.eu) et l'espace personnel*

*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.*