

FONDS SOCIAL RÉGIONAL

À COMMUNIQUER AUX SALARIÉS OGEC ET AUX ENSEIGNANTS



Les partenaires sociaux des Pays de la Loire réunis en Commission Paritaire Régionale ont créé une association dénommée A.R.G.E.F.E.C. des Pays de la Loire pour gérer des fonds disponibles (mais non renouvelables).

UN CENTRE DE DÉCISION PROCHE DES DEMANDEURS

Un Centre de décision paritaire est créé dans chaque département des Pays de la Loire par l'assemblée générale de l'ARGEFEC. Il est composé d'un représentant employeur et d'un représentant salarié. Les décisions sont prises sur dossier.

LES BÉNÉFICIAIRES : PERSONNELS OGEC ET ENSEIGNANTS

Le Centre de décision paritaire a compétence pour les personnels OGEC et les enseignants du Ministère de l'éducation nationale de son ressort territorial

OÙ ADRESSER SON DOSSIER (DEMANDE ÉCRITE ET JUSTIFICATIFS)

Le secrétariat administratif du Centre de décision paritaire départemental est assuré par l'UDOGEC. Les coordonnées se trouvent sur l'affiche transmise par votre UDOGEC. La demande d'aide est adressée au Centre de décision paritaire départemental de l'ARGEFEC à l'adresse de l'UDOGEC.

Un dossier type est à demander à l'UDOGEC et à renvoyer au Centre Paritaire Départemental.

COMMUNICATION DE LA DÉCISION PRISE

Le Centre de décision paritaire départemental communique :

- au demandeur la décision prise (validation ou non de son dossier)
- et, le cas échéant, au Coordinateur-Trésorier de l'ARGEFEC, le montant de l'aide accordée, le nom et les coordonnées du bénéficiaire.

VERSEMENT DE L'AIDE

Le Coordinateur-Trésorier adresse le montant de l'aide accordée au bénéficiaire (dans la limite de la dotation départementale annuelle).

CRITÈRES D'AIDE RETENUS PAR L'ARGEFEC ET CONTRÔLE PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Les demandes d'aide doivent être en lien avec l'état de santé du participant, de son conjoint (au sens de la sécurité sociale) ou des personnes à la charge du participant.

Les demandes d'aide ont un caractère exceptionnel et/ou d'urgence.

Le subventionnement des insuffisances de ressources et du surendettement sont exclus.



MOTIF DE LA DEMANDE LIÉ EXCLUSIVEMENT AUX FRAIS DE SANTÉ

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM, Prénom : Nom de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N°de Sécurité Sociale : Date de naissance :

Téléphone : Mail :

Êtes-vous en arrêt de travail : Non Oui Depuis le :

Personnel de droit privé Enseignant (e)

Employeur (Nom et adresse) :

BÉNÉFICIAIRE DE L'AIDE (Si différent du demandeur)

NOM, Prénom : Lien de parenté :

ÉTAT CIVIL DU CONJOINT - CONCUBIN - PACSÉ

NOM, Prénom : Nom de jeune fille :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N°de Sécurité Sociale : Date de naissance :

PERSONNES À CHARGES

NOM et Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Vivant au foyer	
			Oui	Non
			Oui	Non
			Oui	Non
			Oui	Non
			Oui	Non

RESSOURCES ANNUELLES

Ressources	Demandeur	Conjoint	Personne(s) à charge
Sécurité Sociale • Indemnités journalières • Rente d'invalidité • Rente de conjoint • Pension de retraite			
Retraites complémentaires • Nom de l'organisme			
Autres ressources • Salaire • Allocation chômage • Indemnités journalières compl. • Rente Accident de travail • Rente d'invalidité • Pension veuve de guerre • Pension militaire • Rente de conjoint • Rente éducation • Revenus locatifs • Revenus mobiliers • Allocations handicapées • Autres allocations d'aides sociales • Allocations familiales • Allocations logement • Pension alimentaire • Autres :			
Aides exceptionnelles versées par d'autres organismes • Nom de l'organisme			
TOTAL			

DÉPENSES PRINCIPALES ANNUELLES

Dépenses	Demandeur	Conjoint	Personne(s) à charge
Logement - Loyer (hors charges) - Montant des charges du loyer - Montant des remboursements d'emprunts immobiliers - Montant des charges de copropriété - Autres :			
Autres charges - Impôts : - Chauffage / Electricité - Téléphonie / Internet - Crédit(s) : - Assurances : - Autres :			
Dépenses exceptionnelles			
TOTAL			

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES EN RAPPORT AVEC L'OBJET DE LA DEMANDE DE FONDS SOCIAL

- Explication détaillée justifiant la demande d'intervention du Fonds Social :

- Situation médicale (état de santé, type de handicap...) :

- Une autre demande a t-elle été déposée auprès d'autres organismes pour le même motif : Si oui, lesquels : Oui Non

Je certifie exacts les renseignements portés sur ce questionnaire.

Le :

Signature :

Téléchargez votre signature ci-dessous :

Chaque demande doit être accompagnée de :

- La copie complète du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur les revenus.
- La copie du dernier bulletin de salaires, du dernier justificatif de rentes, pensions, allocations.
- La copie de la notification Sécurité Sociale de mise en invalidité, AGEFIPH.
- Toute pièce justifiant de dépenses particulières ou d'une situation exceptionnelle (facture, devis, note de frais, décomptes de Sécurité Sociale, Mutuelle)
- Toute autre pièce justifiant la demande d'intervention sociale.