

SECOURS EXCEPTIONNEL

Vous devez prendre connaissance des conditions d'attribution de l'ensemble de nos prestations et spécifiquement de celle-ci dans le règlement intérieur / onglet documents de notre site Internet :

www.union-sociale.coop.

Ce type de demande est à nous adresser par courrier postal uniquement.

C'est le ou la responsable de la Scop ou la Scic qui l'argumente et le signe en s'identifiant comme tel(le).

Les prestations sont soumises à une ancienneté coopérative ou à la date de la première cotisation de la Scop ou Scic à nos œuvres sociales. (6 Mois minimum)

Notre imprimé de demande vaut pour plusieurs types de prestation, merci de prendre connaissances des pièces à nous adresser :

Nous devons recevoir, avec l'imprimé de demande tamponné et signé par le (la) responsable de la Scop ou Scic :

1-Décès : Coopérateur, conjoint ou enfant : copie de du certificat de décès et d'un RIB valide.

2-Enfant handicapé : copie de la notification de reconnaissance de handicap (Minimum, 50% jusqu'à 25 ans si poursuite d'études en cours de validité).

3-Parent isolé, congés parental (Au mois sur 50% du temps de travail et 3 mois minimum) : la notification de la CAF.

4-Autres cas (Hors divorce, difficultés financières liées à la gestion) : Justificatifs de la demande requérant notre soutien financier :

Budget dépenses/recettes avec la copie de tous les justificatifs de dépenses et recettes (Facture énergie, impôts divers, loyer ou prêt, téléphone, assurance etc). Devis, facture ou certificat médical attestant de la situation et de la réalité de l'argumentation développée par le responsable de la Scop ou Scic.

Dans tous les cas,

Un RIB à jour, la copie de la carte d'identité ou celle du livret de famille, l'accord pour la préservation des données (Si le bénéficiaire n'a jamais demandé une de nos prestations).

Merci d'avoir lu ce document. Les demandes sont soumises à la Commission Sociale qui est seule habilitée à accorder ou non notre aide dans le cadre de la solidarité coopérative.

Les dossiers sont traités en aveugle. Il est important d'être le plus précis possible dans l'argumentaire et le détail des pièces justificatives.

***Nous vous assurons de notre soutien dans le respect
de la réglementation qui nous lie aux services de l'URSSAF de Paris.***

IMPORTANT

PROTECTION DES DONNÉES

(coopérateur uniquement)

À nous adresser avec une demande de prestation

Le règlement européen sur la protection des données (RGPD- règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016),s entré en vigueur depuis le 25 mai 2018, impose de nouvelles obligations aux structures qui ont recours à un traitement informatique de données à caractère personnel.

Ce règlement s'applique au traitement des données que l'Union Sociale des Scop et des Scic collecte pour gérer les œuvres sociales du mouvement coopératif.

Aussi, nous vous remercions de nous donner votre accord pour conserver les données personnelles que vous nous transmettez pour bénéficier de nos prestations.

Nous vous informons que l'accès aux prestations ne sera possible que si l'on peut enregistrer les données personnelles nécessaires au traitement de vos demandes et les conserver.

Dans le cas contraire nous ne pourrons pas vous attribuer nos prestations.

Nous tenons à vous informer que ces données restent strictement confidentielles et ne sont exploitées que par nos services. En aucune manière elles ne sont diffusées et nous avons pris toutes les mesures en vigueur pour qu'elles ne soient pas divulguées.

Notre système informatique est protégé des attaques malveillantes.

Merci de nous renvoyer ce document

en apposant en manuscrit votre signature précédée de la mention suivante :

« J'accepte que l'Union Sociale des Scop et des SCIC conserve mes données personnelles aux fins de traiter uniquement mes demandes de prestations »¹.

Vous avez la possibilité de vous rétracter en adressant à l'Union Sociale des Scop et des Scic un courrier demandant que vos données personnelles soient détruites.

Nom et Prénom du coopérateur :

NOM :

PRÉNOM :

Nom de la Scop ou de la SCIC

NOM :

¹ ***mention manuscrite à rajouter :*** _____

SIGNATURE DU OU DE LA SALARIÉ(E)

DATE : / /

ÉVÈNEMENT EXCEPTIONNEL

COMPOSITION DU FOYER

 CÉLIBATAIRE

 MARIÉ(E)

 COUPLE

 ENFANTS de ans

RECETTES MENSUELLES

SALAIRE COOPÉRATEUR : _____, _____ €
 SALAIRE CONJOINT : _____, _____ €
 PRESTATIONS SOCIALES : _____, _____ €
 PENSION ALIMENTAIRE : _____, _____ €
 DIVERS (à préciser) : _____, _____ €

TOTAL _____, _____ €

 LOCATAIRE

 PROPRIÉTAIRE (cocher la mention appropriée)

DETTES À PAYER

LOGEMENT : _____, _____ €
 TÉLÉPHONE : _____, _____ €
 ECOLE DES ENFANTS : _____, _____ €
 ASSURANCES : _____, _____ €
 IMPOTS : _____, _____ €
 EDF / GDF : _____, _____ €
 EAU : _____, _____ €
 CRÉDIT a la consommation : _____, _____ €
 DÉCOUVERT BANCAIRE : _____, _____ €
 DIVERS (à préciser) : _____, _____ €

TOTAL _____, _____ €

CHARGES HABITUELLES MENSUELLES

IMPÔTS SUR LE REVENU : _____, _____ €
 IMPÔTS LOCAUX : _____, _____ €
 IMPÔTS FONCIERS : _____, _____ €
 LOYER OU PRÊT : _____, _____ €
 MENSUALITÉS
 crédit voiture : _____, _____ €
 MENSUALITÉ(S)
 crédit(s) consommation : _____, _____ €
 TÉLÉPHONE
 (fixe, portable) : _____, _____ €
 ÉCOLE ENFANT(S) : _____, _____ €
 NOURRICE : _____, _____ €
 ÉLECTRICITÉ : _____, _____ €
 GAZ : _____, _____ €
 EAU : _____, _____ €
 ASSURANCES : _____, _____ €
 PENSION ALIMENTAIRE : _____, _____ €
 AUTRES (à préciser) :

_____, _____ €
 _____, _____ €
 _____, _____ €
 _____, _____ €

TOTAL _____, _____ €

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e)

déclare sur l'honneur que les montants des revenus actuels de ma famille sont les suivants :

	Préciser par : MOIS, TRIMESTRE, SEMESTRE, ANNÉE	MONTANT
Salaire de moi-même	_____	_____, _____ €
Salaire du conjoint	_____	_____, _____ €
Salaires des enfants à ma charge	_____	_____, _____ €
Allocations familiales	_____	_____, _____ €
Divers (à préciser)*	_____	_____, _____ €

* Il convient de mentionner toutes les autres ressources de la famille (rente, reversion de retraite, etc.)

SIGNATURE

À _____ le _____

