

# DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE POUR LE RÉGLEMENT DE COTISATIONS SOCIALES

J'atteste sur l'honneur avoir informé l'adhérent concerné par cette demande que ses données de santé - remplies dans ce formulaire - seront traitées sur la base d'intérêt légitime (art. 6.1.f et 9.2.g du RGPD) pour l'évaluation d'une demande d'entraide et que ces données seront consultées par moi-même, en tant que secrétaire de section, par les membres des Commissions de la MSM-AS et par toutes autres personnes strictement nécessaires au processus d'évaluation et d'aide. J'atteste que cet adhérent a été informé de ses droits RGPD (accès, rectification, opposition, etc.) et des coordonnées du Délégué à la Protection des Données (DPO).

**ORGANISMES  
SOLLICITÉS**

*cocher la ou les cases correspondantes*



**FONDATION NATIONALE  
POUR LE CLERGÉ**

## Informations sur le demandeur

Nom du diocèse  
ou de l'institut

Adresse  
complète

Section de rattachement MSM n°

Diocèse ou Institut n°

Nom/prénom de la  
personne à contacter

Fonction

Tél. fixe

Tél. mobile

Courriel

Nombre de prêtres / religieux / religieuses concernés  
par cette demande

A combien s'élève le montant des cotisations sociales  
que votre institut doit régler pour le semestre en cours ?

Montant Régime de base ( CAVIMAC, Sécurité Sociale, etc. )





Montant Complémentaire Santé ( Mutuelle Saint-Martin, etc. )

De quel montant dispose votre diocèse / institut  
pour le règlement de l'ensemble des cotisations

Quel montant de subvention souhaitez-vous recevoir ?

**Quelles sont les circonstances (ponctuelles ou chroniques) justifiant cette demande d'aide ?**

## Quelles sont les mesures envisagées et/ou mises en oeuvres pour assainir la situation ?

Avez-vous fait une demande de subvention à cet effet auprès d'autres organismes ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, quel montant avez-vous perçu ou demandés ? Préciser SVP	<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>	
	<input type="checkbox"/> Perçu* Montant <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<input type="checkbox"/> Demandé* Montant <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>
(selon l'organisme sollicité)  ou 	<input type="checkbox"/> Perçu* Montant <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<input type="checkbox"/> Demandé* Montant <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>
	<input type="checkbox"/> Perçu* Montant <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<input type="checkbox"/> Demandé* Montant <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>
Autres organismes à préciser <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 20px;"></div>	<input type="checkbox"/> Perçu* Montant <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<input type="checkbox"/> Demandé* Montant <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>

\* Cocher la case correspondante

## Pièces justificatives à joindre

- Statuts de l'institut
- Budget prévisionnel de l'année en cours
- Rapport d'activité N-1, s'il existe
- Justificatifs d'appel à cotisations
- Bilan et compte de résultat N-1 (certifiés si possible)
- Justificatifs d'autre(s) aide(s) éventuellement allouée(s)


## Signature du responsable de l'institut ou du diocèse

Nom <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 20px;"></div>	Prénom <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px;"></div>
Fonction <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	
Fait à <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 20px;"></div>	Le <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-around;"> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> </div>
Signature <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 50px;"></div>	Cachet <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 50px;"></div>

Vos données personnelles sont destinées exclusivement à la Mutuelle Saint-Martin ainsi qu'à ses prestataires participant à la gestion de votre contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée nécessaire au service de gestion telle que prescrite par les lois applicables en la matière. A ce titre, les données collectées sont obligatoires pour nous permettre de vous fournir le service. Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés modifiée du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de la portabilité de vos données à caractère personnel, ainsi que du droit d'organiser des directives sur le sort de vos données personnelles après votre décès. Pour l'exercice de ces droits, veuillez écrire au Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle Saint-Martin, 3 rue Duguay-Trouin, 75280 Paris cedex 06 - dpo@mutuellesaintmartin.fr.

**Tout dossier incomplet ne pourra pas être traité.**

# DÉCISION DES COMMISSIONS

Date	<input type="text"/>	Entité	
<input type="checkbox"/> Accord	Montant de la subvention	<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/> Instance	Motif	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Refus	Motif	<input type="text"/>	

Date	<input type="text"/>	Entité	<b>FONDATION NATIONALE POUR LE CLERGÉ</b>
<input type="checkbox"/> Accord	Montant de la subvention	<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/> Instance	Motif	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Refus	Motif	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Propositions	<input type="checkbox"/> Appui méthodologique à l'anticipation et la définition des besoins		
	<input type="checkbox"/> Assistance à maîtrise d'ouvrage		
	<input type="checkbox"/> Assistance administrative		

Vos données personnelles sont destinées exclusivement à la Mutuelle Saint-Martin ainsi qu'à ses prestataires participant à la gestion de votre contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée nécessaire au service de gestion telle que prescrite par les lois applicables en la matière. A ce titre, les données collectées sont obligatoires pour nous permettre de vous fournir le service. Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés modifiée du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de la portabilité de vos données à caractère personnel, ainsi que du droit d'organiser des directives sur le sort de vos données personnelles après votre décès. Pour l'exercice de ces droits, veuillez écrire au Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle Saint-Martin, 3 rue Duguay-Trouin, 75280 Paris cedex 06 - dpo@mutuellesaintmartin.fr.

Mutuelle Saint-Martin Action Sociale

Régie par le Code de la Mutualité  
SIREN n° 537 676 280

Fondation Nationale pour la Protection  
Sanitaire et Sociale du Clergé de France  
Reconnue d'utilité publique par décret du 30 avril 1946  
Habilité à recevoir dons et legs - SIREN 428 480 297

Document non contractuel