



DEMANDE d'aide à la mobilité pour l'emploi

ESSS08447

1/2

1 - Demandeur

- F • H • N° Sécurité sociale :
- Nom : • Prénom :
- Né(e) le : / /
- Adresse :
- Code Postal : • Commune :
- Situation familiale : Célibataire Marié(e) Autre (précisez) :
- Situation professionnelle :
 - Salarié(e) - si oui, type de contrat :
 - CDI, CDD Contrat en alternance ou contrat de professionnalisation
 - Autres :
 - Exploitant(e)
 - Autre situation professionnelle, précisez :

2 - Conjoint ou personne vivant maritalement avec le demandeur

- F • H • N° Sécurité sociale :
- Nom : • Prénom :
- Régime d'assurance maladie : CPAM MSA Autre (précisez) :
- Situation : En activité Autre (précisez) :

3 - Exposé de la situation (motif de la demande)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - Destinataire du paiement

- Nom : • Prénom :

5 - Détail de l'aide sollicitée

- Permis de conduire - Date d'obtention : / /
 Avez-vous bénéficié de l'aide au passage du permis de conduire, de la part de la MSA, pour ce même permis de conduire : Oui Non
- Achat de véhicule - Date d'acquisition : / /
 Réparation de véhicule - Date de réparation : / /
- Abonnements de transports :
 Existe-t-il une participation de l'employeur :
 Oui - si oui son montant : ----- (joindre justificatifs) Non
- Autre, précisez : -----

6 - Ressources

| | Nature | Vous | Conjoint |
|------------|--|---------|----------|
| Ressources | - ressources exploitants agricoles,... | ----- € | ----- € |
| | - salaires, ASSEDIC,... | ----- € | ----- € |
| | - pension invalidité | ----- € | ----- € |
| | - indemnité journalière maladie | ----- € | ----- € |
| | - allocation adulte handicapé | ----- € | ----- € |
| | - prestations familiales | ----- € | ----- € |
| | - aide au logement | ----- € | ----- € |
| | - pension alimentaire reçue | ----- € | ----- € |
| Charges | - loyer | ----- € | ----- € |
| | - mensualités prêts habitat | ----- € | ----- € |
| | - mensualités prêts consommation | ----- € | ----- € |
| | - pension alimentaire versée | ----- € | ----- € |
| Dettes | - factures impayées | ----- € | ----- € |
| | - | ----- € | ----- € |
| | - | ----- € | ----- € |

Pièces à joindre obligatoirement au dossier (tout dossier incomplet ne pourra être étudié)

- Devis ou factures des frais prévus ou engagés
- Copie des 3 derniers bulletins de salaire, si contrat en alternance ou de professionnalisation
- Copie du dernier avis d'imposition
- RIB du destinataire du paiement
- Attestation des capitaux placés du demandeur et du conjoint le cas échéant
- Si demande pour une aide aux abonnements de transports, joindre le justificatif éventuel de la participation financière de l'employeur

Pour l'étude et la gestion de vos droits, vos données personnelles sont traitées par la MSA d'Armorique. Au titre du Règlement Général européen sur la Protection des Données (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant, par courrier postal, au Délégué à la protection des données – MSA d'Armorique – 12, rue de Paimpont - 22025 Saint-Brieuc Cedex 1.
 Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur www.cnil.fr).
 Certaines de vos informations peuvent être transmises à nos partenaires qui réalisent les interventions, dans le cadre de nos missions. Vos informations sont conservées au maximum pendant 6 ans après la fin de votre relation avec la branche Action Sociale.

• Fait à : ----- le : / /

Signature de l'assuré(e) :