CMCAS Val de Marne 609

S.L.V. ☐

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET D'ETAT CIVIL

Arrivée :		Modification :		Départ :	
Embauche	☐	Adresse	☐	Mutation	☐
Arrivée d'une autre CMCAS	☐	Situation familiale	☐	En inactivité	☐
Veuf(ve) d'agent	☐	SLV	☐		

OUVRANT-DROIT (O.D.)

Contrat CDD, Alternance, apprentissage, autre ☐ Statutaire ☐ Conventionné ☐

Préciser ----------

Nia (Numéro Identifiant Agent): _____

Si C.M.C.A.S précédente : N° :_____ et N° S.L.V. : _____

M. ☐ Mme ☐ Melle ☐

Nom (en majuscule) : _____ Prénom: _____

Nom de jeune fille : _____

Né(e) le : _____ à : _____

Situation de famille :

Célibataire	☐	Marié(e)	☐	Concubin(e)	☐	Pacsé(e)	☐
Divorcé(e)	☐	Séparé(e)	☐	Veuf(ve)	☐	Orphelin	☐

Adresse : (en majuscule)

_____

_____

Code postal _____ Commune _____

☎ Bureau : _____ ☎ personnel : _____ Portable : _____

Fax : _____ Mail : _____@_____

Vous êtes actif ☐

Nom employeur : _____ Lieu de travail : _____

Adresse employeur : _____

NNI* (Numéro National d'Identifiant) : _____

Date d'entrée I.E.G. : _____ G.F* _____ N.R* _____ ECH* _____

DUM *: _____ U.O* : _____

Collège : Exécution ☐ Maîtrise ☐ Cadre ☐

* Voir dernier bulletin de salaire

Les champs en rouge sont obligatoires.

Vous êtes pensionné(e) ☐

N° de pension : _____

Date de début pension : _____

Adhérent : I.D.C.P. ☐ Garantie Obsèques ☐ Dépendance ☐

AYANTS-DROIT (A.D.)

Conjoint (e)

Création ☐ Depuis le : _____

Concubinage ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐

Suppression ☐ Depuis le : _____

Suite Décès ☐ Séparation ☐ Divorce ☐

Nom (en majuscule) : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à _____

Activité Professionnelle : Actif ☐ Retraité ☐

Si conjoint(e) agent précisez LA CMCAS ET LA SLV : _____

ENFANTS

Nom	Prénom	Né(e)	Sexe	Activité*

* Pour les + de 15 ans, précisez la situation et fournir les justificatifs : Lycéen, étudiant, apprenti, salarié, contrat, situation de handicap, stagiaire, formation, chômeur,...

AUTRES PERSONNES A CHARGE

Nom	Prénom	Né(e)	Parenté

Pour les personnes à charge autre que les enfants, fournir un justificatif.

Les champs en rouge sont obligatoires.

SIGNATURE ET DATE: SIGNATURE ET DATE

Les informations recueillies sont nécessaires à la mise à jour du fichier des bénéficiaires. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à la CMCAS. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir la communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à votre CMCAS.

Les organismes sociaux élaborent régulièrement de nouvelles offres de séjours vacances, de nouveaux contrats d'assurance, des aides aux familles et à la personne et d'autres encore, afin de répondre au mieux aux besoins que vous exprimez.

Pour vous faire connaître ces nouvelles offres et vous permettre d'en profiter, nous pouvons être amenés à vous contacter par courrier électronique ou téléphone.

Si vous ne souhaitez pas d'offres des organismes par courrier électronique, téléphone, courrier, cocher la ou les case(s) correspondante(s) :

☐ Courrier ☐ Mail ☐ Téléphone ☐ SMS

Si vous ne souhaitez pas communiquer votre adresse aux organisations syndicales ☐

Si vous ne souhaitez pas communiquer votre adresse aux fédérations syndicales ☐

Si vous ne souhaitez pas communiquer vos revenus à la CMCAS ou SLV ☐

Si vous ne souhaitez pas communiquer votre haut de fiche de paie à la CMCAS ou SLV ☐

Le document devra être transmis à la CMCAS au Service Accueil Conseil avec les documents suivants :

- Copie du contrat de travail ou justificatif de l'employeur
- Copie du ou des pièces d'identités
- Un R.I.B.
- Copie livret de famille
- Copie certificat scolaire pour les enfants de + 15 ans
- Copie d'avis d'imposition ou non-imposition OD et CONJOINT
- Copie de la fiche de paie
- Copie de la notification de pension
- Copie de l'avis de mutation

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à signaler à la SLV ou à la CMCAS, tout changement de situation qui pourrait intervenir.

Fait à : **Le :** **Signature :**

Les champs en rouge sont obligatoires.