

FONDATION CAMILLE BINZEGGER

p.a. Société coopérative Migros Genève

Rue Alexandre-Gavard 35

1227 Carouge

www.fondationbinzegger.ch

Mme M. Bellon ☎ 058 574 52 13

Mme V. Garbova ☎ 058 574 52 15

info@fondationbinzegger.ch

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Nationalité : _____

Adresse : _____

NPA/Localité : _____ N° Tél. : _____

Email : _____ En Suisse depuis : _____

Nom du/de la Conjoint (e) _____ Conjoint(e) né(e) le : _____

Budget mensuel

Revenus mensuels :	Rente AVS simple/double	CHF	_____
	Prestations SPC	CHF	_____
	Caisse de pension	CHF	_____
	Caisse de pension conjoint	CHF	_____
	Revenu(s) conjoint	CHF	_____
	Autre(s) rente(s) (Ville GE, CNA, ...)	CHF	_____
	Intérêts sur épargne	CHF	_____
	Autres revenus	CHF	_____
	TOTAL	CHF	<u>_____</u>

Dépenses mensuelles :	Loyer et charges *	CHF	_____
	Assurance maladie	CHF	_____
	Besoins vitaux	CHF	_____
	Impôts	CHF	_____
	Autres dépenses nécessaires	CHF	_____
	TOTAL	CHF	<u>_____</u>

Solde mensuel net : _____ **CHF** _____

Fortune

			Pécisez le montant
Montant de l'épargne au moment de la demande (total des comptes bancaires)		CHF	_____
Fortune immobilière (en Suisse et/ou à l'étranger)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CHF	_____
Dettes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CHF	_____

Remarques : _____

* Vivez-vous en colocation ?

Si oui, à quelle hauteur participe l'autre personne vivant avec vous ?

Oui Non

Merci de compléter également le verso

Objet de la demande :

Somme demandée : CHF :

=====

Avez-vous sollicité une aide auprès d'autres institutions ?

OUI

NON

Date	Montant	Institution	Décision

Avez-vous déjà bénéficié d'un don de la Fondation Camille Binzegger ?

OUI

NON

Date	Montant	Raison(s)

Si la demande est présentée par un Service social :

Nom de l'assistant(e) social(e) : _____

N° de téléphone direct de l'assistant(e) social(e) : _____

Le ou la soussigné(e) confirme que les données sont correctes, et autorise expressément la Fondation Camille Binzegger à obtenir toutes les informations nécessaires au traitement de la demande auprès des institutions et des autorités. Dans le cadre du traitement de la demande, les données sur la personne requérante sont recueillies, traitées, sauvegardées et conservées conformément aux dispositions légales. La personne soussignée confirme par la présente que la Fondation Camille Binzegger est autorisée à recueillir, traiter, sauvegarder et conserver les données obtenues.

Date : _____ **Signature du bénéficiaire :** _____

Pièces à joindre à votre demande (sans agrafes):

- Lettre de motivation expliquant votre situation et le motif de votre demande
- Copie d'une pièce d'identité (*si de nationalité étrangère, veuillez joindre une copie de votre permis de séjour*)
- Attestations de rente (AVS, 2^e pilier, Ville de Genève, toutes autres rentes perçues)
- Dernière décision complète du Service des prestations complémentaires (SPC)
- Copie du RDU ou dernier avis de taxation de l'Administration fiscale cantonale (document intitulé « Eléments retenus par l'Administration fiscale »)
- Copie du loyer
- Copie de l'assurance(s) maladie
- Facture(s) faisant l'objet de la demande avec BVR ou devis

Documents supplémentaires à fournir pour le financement de soins dentaires :

- Devis du traitement dentaire (à demander à votre dentiste)
- Plan de traitement (à demander à votre dentiste)
- Dossier radiologique (à demander à votre dentiste)

Veuillez prendre note que toute demande de prise en charge de soins dentaires est susceptible d'être transmise à notre médecin-dentiste-conseil pour évaluation et qu'un rendez-vous pour un second avis, pris en charge par la fondation, pourrait être demandé.