**Demande d’aide**Fonds d’action sociale des professions libérales

***Important : merci de remplir ce formulaire très lisiblement***

**N° d’adhérent :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vous-même |  | Votre conjoint(e), votre concubin(e),votre partenaire dans le cadre d’un PACS |
| 🞏 Madame 🞏 MonsieurNom Prénom Nom d’époux/d’épouse Date de naissance Numéro de Sécurité sociale 🖂 Adresse   🕿 Téléphone 🖳 Courriel  |  | 🞏 Madame 🞏 MonsieurNom Prénom Date de naissance Numéro de sécurité sociale Date de mariage ou de Pacs En cas de décès, précisez la date : Profession exercée ou ancienne activité si retraité  |
| Êtes-vous (cochez la case correspondante) : 🞏 Célibataire 🞏 Marié(e) 🞏 Pacsé(e) 🞏 Divorcé(e) 🞏 Veuf(ve) 🞏 Séparé(e) 🞏 Vie maritale |

|  |
| --- |
| Situation des enfants, y compris majeurs |
| Nom/prénom | Date de naissance | Profession exercée | Situation\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\**Précisez si vos enfants sont à votre charge ou s’ils vous apportent une aide.*

# Vos conditions de logement

**Êtes-vous (cochez la ou les cases correspondantes) :**

🞏 Propriétaire 🞏 Copropriétaire 🞏 Locataire 🞏 Usufruitier 🞏 Logé à titre gracieux 🞏 Logé en maison de retraite/foyer

**Nature du bien occupé** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Superficie du bien occupé** | **Nombre de pièces** | **Valeur de la résidence principale si vous êtes propriétaire** |
|  |  |  |

**Nombre de personnes présentes au foyer :**

# Votre patrimoine

🛈 Les questions suivantes ne concernent pas votre résidence principale

|  |
| --- |
| **Vos biens immobiliers** (estimation de la valeur actuelle en euros) |
| Biens | Vous-même | Votre conjoint |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Vos biens mobiliers et capitaux placés\*** (estimation de la valeur actuelle en euros) |
| Biens ou capitaux | Vous-même | Votre conjoint |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\**Capitaux imposables ou non imposables (SICAV, assurance vie, livret d’épargne, etc.)*

Avez-vous consenti des donations au cours des cinq dernières années ? 🞏 **Oui** montant :

 🞏 **Non**

# Vos charges

|  |  |
| --- | --- |
| **Charges** | **Montants annuels en euros** |
| Loyer et charges locatives |  |
| Charges de copropriété |  |
| Frais d’hébergement en maison de retraite |  |
| Frais de maintien à domicile (aide à domicile, aide-ménagère, téléassistance...) |  |
| Taxe d’habitation (y compris redevance audiovisuelle) |  |
| Taxe foncière |  |
| Impôt sur le revenu |  |
| Assurances (habitation, automobile...) |  |
| Frais liés au logement (électricité-gaz-chauffage-eau-téléphone) |  |
| Frais de scolarité |  |
| Pensions alimentaires versées |  |
| Cotisations Mutuelle ou Prévoyance  |  |
| Dettes professionnelles |  |
| Autres dettes |  |
| Plan de surendettement |  |
| Autres dépenses (préciser)…………………………………………………………………………………………………………… |  |

# Déclaration de ressources

Ma situation familiale et mes revenus actuels correspondent à ceux figurant sur l’avis d’impôt sur le revenu que j’ai transmis

🞏 **Oui**, mon avis d’impôt sur le revenu correspond à ma situation actuelle

🞏 **Non**, mon avis d’impôt sur le revenu ne correspond pas à ma situation actuelle et je joins le(s) justificatif(s) correspondant(s)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ressources** (montants annuels perçus en euros) | Vous-même | Votre conjoint |
| Retraite des professions libérales |  |  |  |
| Autres retraites | - |  |  |
| - |  |  |
| - |  |  |
| Pension de réversion | Régime professions libérales |  |  |
| Autres régimes  |  |  |
| Prestations de la CAF | -- |  |  |
| Autres allocations | AAH, AEEH, PCH, ACTP, APA |  |  |
| Revenus d’activité  |  |  |
| Indemnités journalières |  |  |
| Revenus fonciers  |  |  |
| Revenus mobiliers |  |  |
| Allocations chômage, pré retraite |  |  |
| Aides versées par les enfants |  |  |
| Autres revenus (prestation compensatoire suite à un divorce, rentes viagères, rentes assurance vie etc.) |  |  |

# Aides perçues ou sollicitées au cours des 12 derniers mois (tous organismes)

Avez-vous bénéficié d'une aide de [nom de la section]?

🞏 **Oui** Date ……………………… Montant : ……………………………………………

🞏 **Non**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Organisme | Type d’aide | Décision de l’organisme |
| Centre d’Action sociale ou Mairie |  |  |
| Département |  |  |
| Sécurité sociale |  |  |
| Institution de retraite complémentaire |  |  |
| Mutuelle ou prévoyance |  |  |
| Autres organismes (précisez) : ………………………………………… |  |  |

# Le contexte de votre demande d’aide

Montant de l’aide que vous sollicitez

Nature et motif de votre demande

|  |
| --- |
| Personne à contacter pour le suivi de votre dossier |
| 🞏 Madame 🞏 MonsieurNom Prénom 🖂 Adresse  🕿 Téléphone 🖳 Courriel  | Cette personne est :☐ Un membre de votre famille, un ami, un proche ☐ Votre tuteur ou curateur☐ Une assistante sociale |
| **Votre demande ne sera étudiée qu’à réception d’un dossier complet.****Aucune aide ne sera versée avant la production du justificatif de la dépense correspondant à l’objet de la demande.**🛈 **La décision de la Commission d’Action Sociale ne pourra pas faire l’objet d’un recours devant les tribunaux.****Je certifie l’authenticité des pièces et renseignements fournis.**La loi rend passible d’amende et/ou d’emprisonnement quiconque se rend coupable de déclaration mensongère à un organisme de protection sociale aux fins d'obtention d’une allocation, d’une prestation, d’un paiement ou d’un avantage indu (Article 441-6 du code pénal). Fait à ……………………………………………… **Signature obligatoire :**CAVAMAC - SERVICE ACTION SOCIALE30 RUE OLIVIER NOYERCS N°5143275676 PARIS CEDEX 14  le …………………………………….……………Le dossier complet est à retourner à l’adresse suivante :  |

*Le questionnaire limite la collecte des données personnelles au strict nécessaire. Les informations recueillies par CAVAMAC sont destinées à l’étude de votre demande d’aide au titre du Fonds d’Action Sociale. Certaines informations seront enregistrées dans un fichier informatisé destiné à sécuriser l’étude de la demande. Les données personnelles recueillies sont traitées selon des protocoles sécurisés de CAVAMAC et permettent de gérer les demandes reçues dans ses applications informatiques. Conformément à la loi “Informatique et Libertés” du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez bénéficier d’un droit d’accès et de rectification des informations vous concernant ou demander la limitation de leur traitement en contactant : dpo@cavamac.fr.*