

Demande d'intervention du fonds d'action sociale

Aide Financière Exceptionnelle (AFE)

COTISANT

NOM : PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :
N° DE COMPTE URSSAF :
CATÉGORIE : Artisan/Commerçant (A/C) Profession libérale (PL) Auto-entrepreneur A/C Auto-entrepreneur PL
N° ALLOCATAIRE CAF :
ADRESSE DE DOMICILE :
VILLE : CODE POSTAL :
TÉL. FIXE : TÉL. MOBILE :
E-MAIL :
SITUATION FAMILIALE : Célibataire Marié(e) En concubinage Pacsé(e) Séparé(e)/Divorcé(e) Veuf(ve)
NOMBRE DE PERSONNES À CHARGE : dont nombre d'enfants : précisez l'âge du ou des enfant(s) :
Êtes-vous propriétaire de votre logement ? OUI NON
Bénéficiez-vous de minima sociaux ? (Rsa, C2S, prime d'activité, ...) : OUI NON
Votre demande est-elle en lien avec le dispositif d'accompagnement des travailleurs indépendants en difficulté HELP ?
OUI NON

ENTREPRISE

NOM DE L'ENTREPRISE :
ADRESSE DE L'ENTREPRISE :
VILLE : CODE POSTAL :
PRÉCISER L'ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE :
Cette activité constitue-t-elle votre activité principale ? OUI NON
Percevez-vous une pension retraite ? OUI NON
NOMBRE DE SALARIÉS DANS L'ENTREPRISE :
Êtes-vous propriétaire de vos locaux professionnels ? OUI NON Valeur estimée :
Exercez-vous une autre activité professionnelle ? OUI NON
Envisagez-vous une cessation de votre activité indépendante ? OUI NON

CONJOINT / CONCUBIN



NOM : _____ PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____ N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____
 Votre conjoint/concubin participe-t-il à l'activité de l'entreprise ? OUI NON
 Si oui, quel est son statut ? _____
 Votre conjoint/concubin exerce-t-il une autre profession ? OUI NON
 Si oui, laquelle ? _____
 Votre conjoint/concubin bénéficie-t-il de minima sociaux ? (Rsa, C2S, prime d'activité, ...) : OUI NON

SITUATION FINANCIÈRE : RESSOURCES

| NATURE DE VOS RESSOURCES | MONTANT DE VOS RESSOURCES | MONTANT DES RESSOURCES DE VOTRE CONJOINT/CONCUBIN |
|--|---------------------------|---|
| Revenu estimé de l'année précédente * | | |
| Revenu estimé de l'année en cours * | | |
| BIC/BNC mensuel estimé (Chiffre d'Affaire) | | |
| Allocations familiales mensuelles | | |
| Revenus fonciers mensuels | | |
| Autres revenus : | | |

* Vous avez la possibilité d'ajuster votre revenu estimé directement en ligne.

SITUATION FINANCIÈRE : CHARGES ET/OU DETTES (personnelles et/ou professionnelles)

| NATURE DE VOS CHARGES PERSONNELLES | MONTANT GLOBAL MENSUEL |
|------------------------------------|------------------------|
| Mutuelle | |
| Loyers, charges d'habitation | |
| Emprunts | |
| Taxe foncière, taxe d'habitation | |
| Assurances | |
| Autres | |

| NATURE DE VOS CHARGES PROFESSIONNELLES | MONTANT GLOBAL MENSUEL |
|--|------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| NATURE DE VOS DETTES PERSONNELLES | MONTANT GLOBAL MENSUEL |
|-----------------------------------|------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| NATURE DE VOS DETTES PROFESSIONNELLES | MONTANT GLOBAL MENSUEL |
|---------------------------------------|------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Décrivez les événements professionnels et/ou personnels à l'origine de vos difficultés financières (merci d'apporter des éléments factuels, des illustrations concrètes à votre description) :

PIÈCES JUSTIFICATIVES ET ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Pièces justificatives à transmettre avec le formulaire* :

- RIB personnel ;
- Dernier avis d'imposition ou de non imposition de l'ensemble des membres du foyer ;
- Un justificatif de nature à éclairer sur les difficultés.

** Le service action sociale de votre Urssaf pourra être amené à vous demander de transmettre d'autres pièces justificatives dans le cadre de l'instruction de votre demande.*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.

En transmettant ce formulaire, j'accepte que les informations recueillies me concernant soient conservées, et envoyées à d'autres organismes publics, et de recevoir des propositions d'aides et/ou d'offres de services.

Je m'engage à signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint/concubin et tout changement de domicile personnel et professionnel.

Fait à :

Le :

Signature :



L'auteur d'une fausse déclaration est passible d'une condamnation au titre de l'article 441-1 du code pénal.

Les informations recueillies pour le traitement de votre situation, font l'objet d'un traitement informatisé mis en œuvre par l'Urssaf. Elles seront accessibles uniquement par les personnes habilitées. Pour plus d'information, nous vous invitons à prendre connaissance des informations accessibles sur le site urssaf.fr, onglet « politique de confidentialité ».

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et de limitation du traitement de vos données personnelles, sous réserve d'obligations légales.

Pour exercer vos droits, veuillez contacter le Délégué à la protection des données par courrier électronique à l'adresse informatiqueetlibertes.acoss@acoss.fr
Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (www.cnil.fr).