

Important : merci de remplir ce formulaire très lisiblement, en noir et en lettres majuscules

**DEMANDE D'INTERVENTION DU FONDS D'ACTION SOCIALE
D'AIDE AUX COTISANTS EN DIFFICULTE**

Nom : Prénom :

N° de Sécurité Sociale : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Adresse de correspondance :
.....

Adresse de l'entreprise (si différente) :
.....

☎ : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| | 📞 : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| | Courriel :

► **Situation familiale** : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf (ve)

► **Date de début d'activité** : |_| |_| |_| |_|

► **Nature de l'activité** : Activité sédentaire Activité non sédentaire

► **Nombre de personnes à charge** : |_| |_| ► **Nombre de personnes travaillant dans l'entreprise** : |_| |_|

► **Etes-vous propriétaire de votre fonds de commerce** : OUI NON Valeur estimée :

► **Dernier revenu net imposable** :

► **Charges personnelles et dettes professionnelles (au moment de la demande d'aide)** :

Nature de vos charges personnelles	Montant mensuel
• Loyers et/ou charges d'habitation	
• Remboursements d'emprunts	
• Pensions alimentaires	
• Charges fiscales personnelles (taxe foncière, taxe d'habitation, ...)	
• Autres (ex : rentes viagères).	

Nature de vos dettes professionnelles	Montant global
• Comptable	
• Emprunt(s) lié(s) à votre activité professionnelle	
• Dettes fiscales professionnelles	
• Dettes URSSAF (part salariale)	
• Fournisseurs	
• Loyers professionnels	
• Autres (à préciser)	

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

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de déclarations inexactes ou incomplètes (article L 114-13 du Code de la sécurité sociale, articles 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du Code pénal, article L 725-13 du Code rural).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.

Fait à, le

Signature :