

Partie réservée à la CARMF

Dossier n°

Suivi par

Commission du :

Décision :

Action sociale en faveur des cotisants

(confidentiel)

1) Renseignements concernant le demandeur :

Nom :

Nom d'épouse :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Adresse e-mail : Tél. :

Célibataire Marié(e) Vie maritale Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e) PACS

2) Identité de votre conjoint :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Profession exercée :

Date de mariage : Date de décès (éventuel) :

IMPORTANT :

La saisine du fonds d'action sociale
ne suspend pas le recouvrement des cotisations dues.

Motivation détaillée de la demande

Veuillez préciser la ou les période(s) de cotisation concernée(s) :

.....
.....
.....
.....

3) Charges familiales

Nom et prénom	Lien de parenté (conjoint, enfants ascendants)	Date de naissance	Profession ou autre situation

4) Revenus

Capitaux et biens

Joindre la copie d'un justificatif pour les biens mobiliers et les assurances

	Oui	Non	Valeur estimative actuelle		
			Personnel	Conjoint	Commun au ménage
Êtes-vous propriétaire :					
- de votre logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>€€€
- de biens immobiliers :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>€€€
veuillez en préciser le nombre :					
- de votre local professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>€€€
- de biens mobiliers :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
veuillez en préciser la nature :					
<input type="checkbox"/> actions		€€€
<input type="checkbox"/> sicav		€€€
<input type="checkbox"/> pea		€€€
<input type="checkbox"/> autres - à préciser					
.....		€€€
Avez-vous souscrit :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>€€€
- une assurance décès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>€€€
- une assurance-vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>€€€

Solde des comptes bancaires

Joindre la copie de votre(vos) dernier(s) relevé(s) de compte(s) mensuel(s) ou des 2 dernières quinzaines

	Personnel	Conjoint
- Compte(s) bancaire(s)€€
- Compte(s) professionnel(s)€€
- Plan d'Épargne Logement€€
- LDD€€
- Livret d'Épargne€€
- Autre à préciser :€€

Montant des dernières ressources annuelles Joindre la copie du dernier justificatif pour chacune de ces rubriques	Personnel	Conjoint
1- Revenus professionnels		
- Bénéfices Non Commerciaux (BNC) déclarés (copie de la déclaration N° 2035 et son annexe)€€
- Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC) nets€€
- Salaires€€
- Allocation chômage€€
- Autre à préciser :€€
2- Autres revenus perçus		
- Pension alimentaire€€
- Allocations familiales€€
3- Revenus immobiliers et mobiliers		
- Rente viagère€€
- Loyers encaissés€€
- Revenus de titres (actions ou obligations)€€
4- Pensions et allocations vieillesse veuillez préciser le régime		
.....€€
.....		
5- Capital décès veuillez préciser l'organisme		
.....€€
.....		

5) Dettes professionnelles

(à compléter seulement si vous avez des créances sur les années antérieures)	
- URSSAF€
- Caisse maladie des non salariés non agricoles€
- Emprunt(s) bancaire(s) (indiquer la ou les destination(s) du ou des emprunt(s) ci-dessous)€
.....€
.....€
- Autres à préciser : ex : Loyers, taxe d'habitation et taxes foncières si vous êtes propriétaire de votre local professionnel)€
.....€
.....€
.....€

6) Charges personnelles annuelles

Joindre la copie d'un justificatif ou d'un avis d'échéance pour chacune des charges détaillées ci-dessous

Charges	Montant
- Impôt sur le revenu€
- Taxe d'habitation€
- Taxes foncières€
- Loyers + charges (dernière quittance de loyer)€
- Charges de copropriété : justificatif(s) récent(s)€
- de la résidence principale€
- et des autres biens€
- Eau (2 dernières factures)€
- Electricité (3 dernières factures)€
- Gaz (3 dernières factures)€
- Frais de chauffage (dernière facture)€
- Téléphonie (3 dernières factures)€
- Internet€
- Fixe€
- Portable€
- Assurance véhicule€
- Assurance habitation€
- Mutuelle, assurance décès€
- Remboursements d'emprunts :	
Indiquez leur destination :€
.....€
.....€
En cas d'arrêt maladie, précisez la prise en charge (ou non) par un contrat d'assurance :€
- Remboursements de(s) crédit(s) à la consommation :	
Indiquez les objets de ces emprunts :€
.....€
.....€
- Remboursement dans le cadre d'un plan de surendettement€
- Pension alimentaire versée à des tiers, précisez le destinataire :€
- Si vous êtes hébergé :	
Par vos enfants <input type="checkbox"/>	Participation aux frais€
En maison de retraite <input type="checkbox"/>	Frais de séjour€
En foyer logement <input type="checkbox"/>	Frais de séjour€

IMPORTANT :

SEUL UN DOSSIER COMPLET

sera soumis à la Commission du fonds d'action sociale. La décision de la Commission sera sans appel.

Les informations contenues dans ce formulaire ont vocation à être transmises à l'entraide du Conseil national de l'Ordre.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur ce formulaire.

À Le

Signature