

**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
<b>Êtes-vous propriétaire :</b>					
- 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					
.....			.....€	.....€	.....€
<b>Avez-vous souscrit :</b>	<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 : .....	.....€	.....€

<b>Montant des dernières ressources annuelles</b> Joindre la copie du dernier justificatif pour chacune de ces rubriques	<b>Personnel</b>	<b>Conjoint</b>
<b>1- Revenus professionnels</b>		
- 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 : .....	.....€	.....€
<b>2- Autres revenus perçus</b>		
- Pension alimentaire	.....€	.....€
- Allocations familiales	.....€	.....€
<b>3- Revenus immobiliers et mobiliers</b>		
- Rente viagère	.....€	.....€
- Loyers encaissés	.....€	.....€
- Revenus de titres (actions ou obligations)	.....€	.....€
<b>4- Pensions et allocations vieillesse</b> veuillez préciser le régime .....		
.....	.....€	.....€
.....		
<b>5- Capital décès</b> veuillez préciser l'organisme .....		
.....	.....€	.....€
.....		

## 5) Dettes professionnelles

<b>(à compléter seulement si vous avez des créances sur les années antérieures)</b>	
- 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