CGSS SÉCURITÉ SOCIALE INDÉPENDANTS

# Demande d'intervention du fonds d'action sociale
# Aide financière exceptionnelle

***Demande et pièces justificatives à transmettre à la CGSS de votre lieu d'activité professionnelle.***

## COTISANT

Nom : ……..…….…. Prénom : ……..…….…….

N° de Sécurité Sociale : |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|

N° de compte : |__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse de domicile : ……

Ville : …… Code postal : |__|__| |__|__|__|

☏ : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| 📱 : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Courriel :……..

Situation familiale : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ En concubinage ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐

Nombre de personnes à charge : |__|__|

Êtes-vous propriétaire de votre logement ? Oui ☐ Non ☐

## ENTREPRISE

Nom de l'entreprise : ……

Adresse de l'entreprise : ……..…….

Ville : …… Code postal : |__|__| |__|__|__|

Nature de l'activité principale : ……..…. Préciser l'activité de l'entreprise : …….……..……

Nombre de personnes travaillant dans l'entreprise : |__|__|

Êtes-vous propriétaire de vos locaux professionnels ? Oui ☐ Non ☐ Valeur estimée : ……

Exercez-vous une autre activité professionnelle ? Oui ☐ Non ☐

Si vous êtes en cessation d'activité indépendante, quelle activité exercez-vous ? .....

## CONJOINT

Nom : ……..…….. Prénom : ……..……..……..……

Votre conjoint participe-t-il à l'activité de l'entreprise ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel est son statut ? …….....

## 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 |
|---|---|
| | |
| | |

Le traitement de vos données à caractère personnel est mis en œuvre conformément aux dispositions de la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen (UE) dit RGPD n°2016/679. Conformément à ces textes vous bénéficiez notamment d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au délégué à la protection des données de l'organisme dont vous dépendez. Vous trouverez plus d'informations sur le traitement de vos données personnelles et sur vos droits en cliquant sur le lien suivant : https://www.acoss.fr/home/politique-de-confidentialite.html

CGSS SÉCURITÉ SOCIALE INDÉPENDANTS

**Vous décrirez les événements professionnels et/ou personnels à l'origine de vos difficultés financières :**

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

**Pièces justificatives à joindre :**

- RIB personnel
- Justificatifs des revenus actuels des 3 derniers mois
- Dernier avis d'imposition ou de non imposition de l'ensemble des membres du foyer
- Dernier bilan comptable
- Copie de la dernière attestation de paiement CAF
- S'il s'agit d'une demande d'aide financière exceptionnelle : tout justificatif de nature à éclairer sur les difficultés
- Si paiement à un tiers, attestation sous signature privé

Le traitement de vos données à caractère personnel est mis en œuvre conformément aux dispositions de la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen (UE) dit RGPD n°2016/679. Conformément à ces textes vous bénéficiez notamment d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au délégué à la protection des données de l'organisme dont vous dépendez. Vous trouverez plus d'informations sur le traitement de vos données personnelles et sur vos droits en cliquant sur le lien suivant : https://www.acoss.fr/home/politique-de-confidentialite.html

CGSS SÉCURITÉ SOCIALE INDÉPENDANTS

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

***Fait à : …….*** ***Le : …./……/……***

*Signature :*

**A RETOURNER A CETTE ADRESSE:**

Le traitement de vos données à caractère personnel est mis en œuvre conformément aux dispositions de la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen (UE) dit RGPD n°2016/679. Conformément à ces textes vous bénéficiez notamment d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au délégué à la protection des données de l'organisme dont vous dépendez. Vous trouverez plus d'informations sur le traitement de vos données personnelles et sur vos droits en cliquant sur le lien suivant : https://www.acoss.fr/home/politique-de-confidentialite.html