

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

Demande et pièces justificatives à transmettre à l'Urssaf 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

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

Fait à :

Le :

Signature :

A RETOURNER A CETTE ADRESSE: