**Demande d’intervention du fonds d’action sociale**

**Aide aux Cotisants en Difficulté (ACED)**

*Code circuit Watt local 102234ACED*

|  |
| --- |
| **DEMANDEUR** |

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** |  |  |  |  |  |  | **NATURE DE VOS CHARGES PROFESSIONNELLES** | **MONTANT GLOBAL MENSUEL** |
| **Mutuelle** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Loyers, charges d’habitation** |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| **Emprunts** |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| **Taxe foncière, taxe d’habitation** |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| **Assurances** |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| **Autres** |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NATURE DE VOS DETTES PERSONNELLES** | **MONTANT GLOBAL MENSUEL** |  |  |  |  |  |  | **NATURE DE VOS DETTES PROFESSIONNELLES** | **MONTANT GLOBAL MENSUEL** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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

|  |
| --- |
| **A RETOURNER A CETTE ADRESSE:** |

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

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

*Signature :*