Cadre réservé au service

Date de réception de la demande :

N° de dossier :

Date d’envoi à la commission d’entraide :

Délégué de l’entraide :

 **Demande d’aide financière spécial COVID 19**

Ce document est à retourner complété et accompagné des pièces jointes au conseil départemental d’inscription

Important : merci de remplir ce formulaire très lisiblement

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Motif de la demande

**COVID 19 - remplaçants**

󠄿 Au titre du masseur-kinésithérapeute inscrit au Tableau de l’Ordre

|  |  |
| --- | --- |
| **Demandeur** : Madame 󠄿󠄿 Monsieur 󠄿󠄿 | **Votre conjoint (e)** : Madame 󠄿󠄿 Monsieur 󠄿󠄿 |
| NOM |  | NOM |  |
| PRENOM |  | PRENOM |  |
| Nom d’époux/épouse |  | Nom d’époux/épouse |  |
| Date de naissance |  | Date de naissance |  |
| Adresse postale |  | Adresse postale |  |
| Téléphone |  | Téléphone |  |
| Mail |  | Mail |  |
| ***CDO d’inscription*** |  |

Situation professionnelle du MK

|  |  |
| --- | --- |
| Date d’inscription |  |
| Numéro ordinal |  |
| A jour de cotisation | 󠄿 OUI 󠄿󠄿 NON  |
| Activité professionnelle | 󠄿 Libérale󠄿 Mixte󠄿 Salarié 󠄿 󠄿 |
| Cessation d'activitéOu diminution d’activitéOu annulation de contrats | 󠄿 préciser le pourcentage de perte par rapport à 2019…………………………………………………………………….  |
| Adresse professionnelle |  |
| Mail professionnel  |  |
| Téléphone professionnel |  |

Situation personnelle du MK

|  |  |
| --- | --- |
| Situation familialeVeuf, marié, pacsé,Couple, divorcéCélibataire, autre | ………………………………………………………………………………………. |
| EnfantsNoms, prénoms, âges des enfants | Nombre d’enfants : .............……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Personnes à chargeNoms et prénomsLien de parentéDate de naissance | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Versement d’une pension alimentaire | Montant : …………… € |
| Conditions de logement | 󠄿 Propriétaire 󠄿 Copropriétaire 󠄿 Locataire󠄿 Autre |

**Merci de joindre les avis d’imposition et déclarations 2035 et 2042 des deux dernières années**

Charges (précisez mensuelles ou annuelles)

|  |  |
| --- | --- |
| Loyer et charges locatives |  |
| Charges de copropriété |  |
| Taxe d’habitation |  |
| Taxe foncière |  |
| Impôt sur le revenu |  |
| Assurances (habitation, automobile, …) |  |
| Électricité – Gaz - Chauffage |  |
| Téléphone / Internet |  |
| Eau |  |
| Frais de scolarité |  |
| Pensions alimentaires versées |  |
| Cotisations mutuelle ou Prévoyance |  |
| Crédit personnel |  |
| Plan de surendettement |  |
| Autres dépenses |  |
| **MONTANT TOTAL DES CHARGES** |  |

Revenus actuels de la famille (précisez mensuelles ou annuelles)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | MK | Conjoint |
| Revenus libéraux |  |  |
| Salaire |  |  |
| Allocations CARPIMKO |  |  |
| Indemnités journalières |  |  |
| Pensions (toutes) |  |  |
| Bourse d’études |  |  |
| Rente, loyers |  |  |
| Allocations familiales |  |  |
| Aides au logement |  |  |
| Revenus fonciers |  |  |
| Autres |  |  |
| **TOTAL DES REVENUS** |  |  |

Aides déjà attribuées au cours des 12 derniers mois

|  |  |
| --- | --- |
| Aide d’état de 1500 par mois |  |
| Indemnités journalières |  |
| Demande report carpimko urssaf prêts…… |  |
| Assurance |  |
| Sécurité sociale CPAM |  |
| Institution de retraite complémentaire |  |
| Mutuelle ou prévoyance |  |
| Autres organismes, prêt à taux zéro |  |
| **TOTAL DES VERSEMENTS** |  |

Avis motivé du Conseil départemental

🞏 Favorable

🞏 Défavorable Voté le …………………….

**Observations du CDO**

Le contexte de votre demande

Montant total de l’endettement : .......................... €

Montant de l’aide sollicitée : .......................... €

Résumé de la situation

***Liste des justificatifs à fournir pour appuyer la demande (produire des copies)***

* **Relatifs aux revenus**
* **Pour les jeunes professionnel(le)s, une déclaration sur l’honneur sera acceptée à défaut**
* Le dernier avis d’imposition sur le revenu (formulaire n°2042, toutes les pages)
* Le dernier avis d’imposition sur le revenu de votre conjoint(e) (formulaire n°2042, toutes les pages)
* La dernière déclaration professionnelle pour les libéraux (formulaire 2035, toutes les pages)
* Les attestations des versements des prestations sociales, pensions de retraite, ou rentes
* Les attestations de versement des I.J (indemnités journalières régime obligatoire et le cas échéant complémentaire) (3 mois)
* Les 3 derniers contrats et ceux annulés à cause du covid 19
* **Relatifs aux charges professionnelles**
* Les appels de cotisations obligatoires (URSSAF…)
* Les appels à cotisation de votre (vos) organisme(s) de prévoyance complémentaire auprès desquels vous avez souscrit des garanties
* **En fonction de la situation**
* Les justificatifs de dette
* Le plan de surendettement

/ … et tout autre document susceptible de nous permettre de cerner la situation.

**Votre demande ne sera étudiée qu’à réception d’un dossier complet.**

Aucune aide ne sera versée avant la production du justificatif de la dépense correspondant à l’objet de la demande.

La décision de la Commission nationale d’entraide ne pourra pas faire l’objet d’un recours devant les tribunaux.

Je certifie l’authenticité des pièces et renseignements fournis.

La loi rend passible d’amende et/ou d’emprisonnement quiconque se rend coupable de déclaration mensongère à un organisme de protection sociale aux fins d’obtention d’une allocation, d’une prestation, d’un paiement, ou d’un avantage indu (Article 441-6 du code pénal).

 *Fait le : Signature obligatoire :*

**ANNEXE**

Cadre réservé au service

Date de réception de la demande :

N° de dossier :

Date d’envoi à la commission d’entraide :

Délégué de l’entraide :

**Demande d’accompagnement**

Toute demande autre qu’une aide financière