



mémoire et solidarité

**Office National des Anciens Combattants
et Victimes de Guerre**

Service départemental des Vosges
17-19 rue Gambetta
BP 349
88009 EPINAL Cedex
Tél : 03.29.64.00.75

**Votre contact : Mme CAMUS Christelle – 03 29 64 66 14 –
christelle.camus@onacvg.fr**

SINISTRE INTEMPERIES
2018

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Avant de compléter le formulaire, veuillez prendre connaissance des éléments ci-dessous :

Pour un traitement plus rapide de votre dossier, veuillez vérifier que votre formulaire est intégralement complété, daté et signé avant de nous le retourner. Merci de **joindre les justificatifs** de ressources et de charges ainsi que le justificatif correspondant au motif de votre demande.

TOUT DOSSIER COMPLET EST SOUMIS A L'AVIS D'UNE COMMISSION SE REUNISSANT 5 A 6 FOIS PAR AN

A remplir par l'intéressé(e) :

NOM :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse :
CP :
Ville:
Téléphone:
Email :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e)
 Veuf(ve) Pacsé(e) Union libre

Nombre de personnes vivant au foyer :

Nombre d'enfants à charge : - Mineurs :
- Majeurs :
- Situation des enfants majeurs vivant au foyer :

1 – QUEL EST VOTRE TITRE DE RESSORTISSANTS ?

Cochez au titre de quel conflit : 39/45 AFN Indochine OPEX

Titre de combattant détenu (cochez la case) :

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Carte du combattant | <input type="checkbox"/> |
| Titre de reconnaissance de la Nation | <input type="checkbox"/> |
| Pupille de la Nation majeur | <input type="checkbox"/> |
| Pensionné de guerre | <input type="checkbox"/> |
| Veuve de guerre | <input type="checkbox"/> |
| Conjoint survivant | <input type="checkbox"/> |
| Victime d'attentat | <input type="checkbox"/> |
| Autre | <input type="checkbox"/> |

PIECES A JOINDRE

- **Copie de votre pièce d'identité¹,**
- **Certificats de scolarité de vos enfants de plus de 16 ans ou justificatifs de leur situation.**
- **Copie du titre de ressortissant détenu¹.**
- **Pour les veuves/veufs d'un titulaire de la carte de combattant ou du TRN, veuillez fournir votre carte de conjoint survivant ou à défaut la copie de ce titre et le livret de famille à la page mariage.**

2 – POUR QUEL(S) MOTIF(S) SOLLICITEZ- VOUS UNE AIDE FINANCIERE AUPRES DU SERVICE DEPARTEMENTAL ?

- INONDATION (catastrophe naturelle – merci de préciser ci-après la nature des dégâts ou pertes subies) :

.....
.....
.....
.....

PIECES A JOINDRE

- **Justificatifs de dépenses suite à la catastrophe (facture hôtel, facture/devis électroménager, mobilier, habit etc.) et copie de votre déclaration sinistre**
- **R.I.B. à votre nom**

Etes-vous en relation avec un travailleur social ? NON OUI

(Assistante sociale - Conseillère en Economie Sociale et Familiale – Tuteur - etc.) .

Veillez indiquer Nom, structure et coordonnées :

.....
.....
.....
.....

.....
Avis motivé du travailleur social, du correspondant local, de l'association...(possibilité de joindre en annexe) :

.....
.....
.....

Date – Signature du travailleur social

¹ Lors de votre première demande

3- VOS RESSOURCES MENSUELLES :

Indiquer vos ressources mensuelles de l'ensemble des personnes vivant au foyer (**calculer au mois, les versements semestriels, annuels ...**)

RESSOURCES mensuelles	VOUS	CONJOINT	ENFANTS
Salaires			
Allocations Pôle Emploi			
R.S.A			
Retraite principale / Reversions			
Retraites complémentaires mensuelles trimestrielles			
Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)			
Pension militaire d'invalidité, pension de veuve de guerre			
Pension d'invalidité sécurité sociale, allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)			
Allocation Adulte Handicapé			
Allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A)			
Indemnités journalières sécurité sociale			
Rente accident de travail			
Prestations familiales (allocations familiales, allocation de parent isolé, de soutien familial...)			
Pension alimentaire perçue			
Autres : revenus fonciers, capitaux mobiliers			
Bourses d'études			
Allocation logement ou A.P.L (ne pas en tenir compte pour l'aide à domicile)			
Autres (préciser) :			
TOTAL DES RESSOURCES			

PIECES A JOINDRE

- ***Votre dernier avis d'imposition ou de non imposition***
- ***Justificatifs du dernier paiement de vos salaires, retraites, allocations... (avis de virements bancaires ou postaux, feuilles de paie, mandats)***
- ***Vos 3 derniers relevés de compte bancaire et/ou les justificatifs de l'ensemble de vos ressources et pensions***

Les informations recueillies sont destinées à l'usage interne du service social ; elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès de ce dernier conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

4- VOS CHARGES MENSUELLES :

CHARGES mensuelles	MONTANT	DETTES	CHARGES	MONTANT	DETTES
Loyer ou accession à la propriété ou frais hébergement			Mutuelle		
Chauffage			Pension alimentaire versée		
EDF-GDF			Frais de maintien à domicile		
Eau + Assainissement			Remboursement de prêts personnels		
Assurances habitation véhicule			Mensualités des crédits à la consommation		
Impôts sur le revenu			Mensualités au titre du surendettement		
Taxe d'habitation			Téléphone		
Taxe foncière			Autres (préciser) :		
			TOTAL DES CHARGES		

5- AIDES EXCEPTIONNELLES PERÇUES AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS :

ORGANISMES	MOTIFS	MONTANTS
Centre communal d'action sociale ou Mairie ou service social de secteur		
Prestations supplémentaires et secours de la Sécurité Sociale, de la CNAV ou de la MSA		
Caisse de retraite complémentaire		
Mutuelle (ou organisme similaire)		
Centre départemental de l'Habitat, ANAH, PACT-ARIM (Aides à l'amélioration de l'habitat)		
Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH)		
Secours au titre du Fonds de Solidarité Logement (FSL) et/ou du Fonds de Solidarité Energie, Eau		
Action sociale de l'Armée		
Autres (Associations...) :		

PIECES A JOINDRE

- Vos 3 derniers relevés de compte bancaire et/ou les justificatifs de l'ensemble des charges décrites
- Plan d'apurement en cas de dossier de surendettement

- Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis aux rubriques 3 à 5 :

- J'ai pris connaissance de ces informations et pris note que tout dossier incomplet retardera ma demande.

Je n'autorise pas l'ONAC-VG à communiquer ces informations à un autre service social dans mon intérêt. ²

Date

Signature de l'intéressé(e)

² Cocher en cas de refus