



mémoire et solidarité

Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre  
Service départemental du FINISTERE  
2 rue de Salonique – 29000 QUIMPER

Service social Mme COATUAL : Tél. : 02 98 55 81 82 Mel. [ass.sd29@onacvg.fr](mailto:ass.sd29@onacvg.fr)  
Mme ARRIAS : Tél. : 02 98 55 81 81 Mel. [sol.sd29@onacvg.fr](mailto:sol.sd29@onacvg.fr)

### Important :

Il est rappelé à tout demandeur que les aides de l'ONACVG sont subsidiaires des aides de droit commun.

## DEMANDE D'AVANCE REMBOURSABLE

Dossier parrainé par :

NOM : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse :

Téléphone :

+ nom du référent familial :

Tél. + Mel :

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 :

**Important :** Joindre la photocopie de votre pièce d'identité<sup>1</sup>, ainsi que les certificats de scolarité de vos enfants de plus de 16 ans ou les justificatifs de leur situation.

**1- Quel est votre titre de ressortissant ?** (joindre une photocopie<sup>1</sup>)

**Précisez au titre de quel conflit :** 39/45 AFN Indochine OPEX (entourer la réponse)

Carte du combattant   
Titre de reconnaissance de la Nation   
Pupille de la Nation majeur   
Pensionné de guerre   
Veuve de guerre   
Conjoint survivant   
Victime d'attentat   
Autre

<sup>1</sup> Lors de votre première demande

**2-Pour quel(s) motif(s) sollicitez-vous une aide financière auprès du service départemental ?**

- Factures impayées (loyer, EDF...)
- Charges spécifiques (maintien à domicile, travaux pour l'amélioration de l'habitat...)
- Dépenses exceptionnelles (hospitalisation, obsèques, frais d'optique, frais dentaires...)

**Précisez :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

***Important :*** Joindre les justificatifs relatifs à vos difficultés (factures impayées, lettres de rappel, ....) ainsi qu'un R.I.B. Pour une demande de participation aux frais d'obsèques, veuillez préciser le montant du capital décès.

Etes-vous en relation avec un travailleur social ? (Assistante sociale - Conseillère en Economie Sociale et Familiale – Tuteur -etc) .Veuillez indiquer leur nom et leurs coordonnées :

.....

Avis motivé du travailleur social, du correspondant local, de l'association...

Vos ressources :

**3-Quels sont les ressources mensuelles de l'ensemble des personnes vivant au foyer ?**

RESSOURCES	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)			
<b>TOTAL DES RESSOURCES</b>			

**Important :** Joindre votre dernier avis d'imposition ou de non imposition ainsi que les justificatifs du dernier paiement de vos salaires, retraites, allocations... (avis de virements bancaires ou postaux, relevés de compte, feuilles de paie, mandats, etc.)

***Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis aux rubriques 3 et 4 :  
J'autorise l'ONAC-VG à communiquer ces informations à un autre service social dans mon intérêt<sup>2</sup>***

*Date*

*Signature de l'intéressé(e)*

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.

<sup>2</sup> Rayer en cas de refus

Vos charges :

4- Quelles sont vos charges mensuelles ? (joindre les justificatifs)

CHARGES	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			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)		
			<b>TOTAL DES CHARGES</b>		

Avez-vous constitué un dossier de surendettement ? Si oui fournir le plan d'apurement

5-Quelles aides exceptionnelles avez-vous perçues au cours des six 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 la Défense		
Autres (Associations...)		