RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Office National des anciens Combattants et Victimes de Guerre
Service départemental du FINISTÈRE
2 rue de Salonique - CS 24010 - 29337 QUIMPER CEDEX

Mail : sol.sd29@orange.fr
Conseillère technique
Mme COATUAL : 02 57 56 00 75 / 06 61 03 81 02 / nadine.coatual@onacvg.fr
Agents de solidarité
Mme GUEGUEN : 02 57 56 00 74 / 06 33 11 01 90 / adeline.gueguen@onacvg.fr
Mme ARZEL : 02 57 56 00 74 / 06 33 11 01 67

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

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Dossier parrainé et transmis par (nom de l'association, du service) :

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[1], 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[1])
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	□

[1] Lors de votre première demande

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

□Factures impayées (loyer, EDF, impôts…)
□Charges spécifiques (maintien à domicile, travaux pour l'amélioration de l'habitat…)
□Dépenses exceptionnelles (hospitalisation, déménagement, obsèques, frais de santé (optique, frais dentaires…)
Précisez :

……

……

……

……

……

……

……

Important *: Joindre les justificatifs relatifs à vos difficultés (factures impayées, lettes de rappel, ….) ainsi qu'un R.I.B. Pour une demande de participation aux frais d'obsèques, joindre le certificat de décès et 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), si virement sur votre compte.			
Indemnités journalières sécurité sociale (maladie, arrêt travail)			
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			
Autres (préciser)			
TOTAL DES RESSOURCES			

Important : *Joindre vos 3 derniers relevés de comptes bancaires ou postaux, votre dernier avis d'imposition ou de non imposition, et les justificatifs du dernier paiement de vos salaires, allocations Pôle emploi…*

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[2]

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.

[2] 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 (assurances décès, dépendance ; frais de transport, trajets…)		
			TOTAL DES CHARGES		

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

5- Quelles aides exceptionnelles avez-vous percues au cours des six derniers mois ?

ORGANISMES	*MOTIFS*	*MONTANTS*
Centre communal d'action sociale ou Mairie ou service social de secteur (CDAS)		
Prestations supplémentaires et secours de la Sécurité Sociale (CPAM, MSA…)		
Caisse de retraite complémentaire		
Mutuelle (ou organisme similaire)		
Aides à l'amélioration de l'Habitat : de l'ANAH, de SOLIHA, de CITEMETRIE, des communautés de communes…		
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 des Armées, de l'ENIM…		
Autres (Associations…)		