

DEMANDE D'AIDE

Fonds d'Action Sociale spécial Covid-19

Identité du requérant

Nom :

Prénom :

N° adhérent :

Adresse :

.....

E-mail : @

N° de téléphone :

Motif de la demande

Maladie

Vous êtes personnellement atteint du Covid-19, ce qui engendre une incapacité totale ou partielle d'exercer votre activité professionnelle

Santé fragile

Vous êtes une personne à haut risque Covid-19 (ou l'un de vos proches directs) ce qui impacte totalement ou partiellement votre activité professionnelle

Difficultés financières

Votre chiffre d'affaire d'Avril, Mai et Juin 2020 subit une baisse importante liée à la pandémie du Covid-19 et a diminué d'au moins 50 % comparé au même trimestre 2019

(La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations Articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du Code Pénal).

Nouveaux affiliés

Votre début d'activité professionnelle (jusqu'aux 7 premières années) est fortement perturbé par la crise sanitaire du Covid-19 et votre chiffre d'affaire a diminué d'au moins 30% durant les mois d'Avril, Mai et Juin 2020, comparé au même trimestre 2019

Autre raison

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

Objet de la requête

Veillez détailler le contexte de votre demande d'aide :

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

A

Le

Certifié sincère et véritable,

Signature

**AFIN DE PERMETTRE LE MEILLEUR TRAITEMENT DE VOTRE DOSSIER,
VEUILLEZ NOUS FAIRE PARVENIR OBLIGATOIREMENT :**

1. Maladie

- Certificat médical ou bon d'hospitalisation ou arrêt de travail (inférieur à 6 mois) ou tout autre document de santé permettant de justifier de votre atteinte du Coronavirus (sous enveloppe fermée avec une mention « secret médical »)

2. Santé fragile

- Certificat médical ou carte vitale mention ALD ou arrêt de travail (inférieur à 6 mois) ou tout autre document de santé permettant de justifier de votre statut de personne à haut risque face à la pandémie du Coronavirus (sous enveloppe fermée avec une mention « secret médical ») – cette mesure peut être étendue à votre conjoint ou ayant-droit (une pièce d'identité est obligatoire)

3. Difficultés financières

- Déclarations TVA Avril, Mai et Juin pour 2019 et 2020

4. Nouveaux affiliés

- Déclarations TVA Avril, Mai et Juin pour 2019 et 2020 (si votre activité a débuté à partir d'Avril 2019)

Pour toute demande :

- Copie de votre pièce d'identité
- Copie du BIC IBAN de votre compte bancaire
- Avez-vous une assurance privée ? (oui/non) : _____
- Quel est votre secteur d'activité principale (rural, canin, ...) ? : _____
- Quel est le statut juridique de votre société ? : _____
- Avez-vous un emprunt en cours ? (oui/non) : _____
- Nombre d'associés ou de collaborateurs libéraux dans votre clinique : _____
- Nombre de salariés dans la clinique : _____
- Bénéficient-ils d'une mesure de chômage partiel ? (oui/non) : _____

Merci d'avoir complété ce formulaire,

L'ensemble des pièces peuvent nous parvenir par courrier ou mail en fonction de l'urgence de la situation.

Nous reviendrons vers vous dès que possible,

La Carpv est à vos côtés