

Edition 2023



MÉMOIRE et SOLIDARITÉ

# Formulaire de demande d'aide financière

Réservé aux adhérents(es) du groupement

GROUPEMENT

FNAM 24 bis, boulevard Saint-Germain – 75005 Paris - ☎ 01.40.46.71.40

E-mail : [fnam@maginot.asso.fr](mailto:fnam@maginot.asso.fr) - [www.federation-maginot.com](http://www.federation-maginot.com)

[solidarite@maginot.asso.fr](mailto:solidarite@maginot.asso.fr)/☎ 01 40.46.54.92

Association fondée en 1888 – Reconnue d'utilité publique – Décret du 28 mai 1933

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| N° DE GROUPEMENT : | NOM DU PRESIDENT : |
| ADRESSE POSTALE :  |                    |
| ADRESSE MAIL :     |                    |
| TELEPHONE :        |                    |

## ADHERENT

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| NOM :                  | PRENOM :          |
| DATE DE NAISSANCE :    |                   |
| ADRESSE :              |                   |
| TELEPHONE :            |                   |
| SITUATION DE FAMILLE : |                   |
| ENFANTS A CHARGE :     | AGE DES ENFANTS : |

Montant de la participation financière du groupement à cette demande (impératif) :

.....  
.....

Avis détaillé du Président de groupement concernant ce dossier :

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

A : ..... Le : .....

Nom, signature du Président et cachet de l'association

## OBJET DE LA DEMANDE

- ☐ Aide aux obsèques
- ☐ Factures impayées (loyers, téléphone, taxe d'habitation, etc...)
- ☐ Aide exceptionnelle (frais médicaux, hospitalisation, achat de lunettes, achat d'appareil auditif, etc...)
- ☐ Autre (précisez)

## PIECES A FOURNIR

### Etes-vous ressortissants de l'ONAC (office national des anciens combattants)

- ☐ OUI
- ☐ NON

- Copie de la carte recto verso

### Si oui, avant tout envoi à la FNAM assurer vous qu'une demande a été établie auprès de l'ONAC de votre département

- Joindre la réponse de l'ONAC à votre demande à la FNAM

### Aides aux obsèques

- Certificat de décès
- Facture des pompes funèbres
- Le cas échéant montant du versement de l'assurance frais d'obsèques

### Copie des pièces justifiant la demande

- Facture impayées, devis pour les dépenses exceptionnelles, facture des pompes funèbres, etc...

### Avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu

### RIB (relevé d'identité bancaire) obligatoire

- Celui du groupement ou de l'adhérent concerné par la demande

**Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte et ne pourra être présenté à la commission de la solidarité.**

## RESSOURCES MENSUELLES

| REVENUS                                                                           | DEMANDEUR | CONJOINT | ENFANTS |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|---------|
| Salaire, retraite, allocation chômage, reversions, indemnité journalière          |           |          |         |
| Prestations C.A.F : RSA, allocations handicapé, logement, etc...                  |           |          |         |
| Fonds de solidarité (A.C d'Indochine et d'AFN)                                    |           |          |         |
| Pensions d'invalidité militaire ou civile                                         |           |          |         |
| Retraites complémentaires, minimum vieillesse, capitaux au titre du décès, etc... |           |          |         |
| Pension alimentaire perçue                                                        |           |          |         |
| Revenus immobiliers                                                               |           |          |         |
| Autres (précisez)                                                                 |           |          |         |
| <b>TOTAL DES REVENUS</b>                                                          |           |          |         |

## CHARGES MENSUELLES

Etes-vous propriétaire de votre habitation

☐ OUI

☐ NON

| CHARGES                                    | MONTANT /mois |
|--------------------------------------------|---------------|
| Loyer                                      |               |
| Prêt immobilier (accession à la propriété) |               |
| Prêts à la consommation                    |               |
| Impôts sur le revenu                       |               |
| Impôts fonciers                            |               |
| Taxe d'habitation                          |               |
| EDF/GDF                                    |               |

|                                                      |  |
|------------------------------------------------------|--|
| Eau                                                  |  |
| Téléphone                                            |  |
| Assurances : habitation, voiture, dépendance, etc... |  |
| Mutuelle (complémentaire maladie)                    |  |
| Pension alimentaire versée                           |  |
| Autres                                               |  |
| <b>TOTAL DES CHARGES</b>                             |  |

## AIDES PERCUES AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS

Etes-vous en relation avec une assistante sociale

☐ OUI

☐ NON

| ORGANISMES                    | MOTIF | MONTANT |
|-------------------------------|-------|---------|
| ONAC du département           |       |         |
| Mairie, services sociaux      |       |         |
| Groupeement FNAM              |       |         |
| Mutuelle (assurance obsèques) |       |         |
| Autres                        |       |         |

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis

A ..... Le.....

Signature du demandeur :