



mémoire et solidarité

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

Service départemental :

**Important :**

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 par :

**NOM** : ..... **Prénom** : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Profession : .....

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

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

**Important** : Joindre la photocopie de votre pièce d'identité, 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 lors de votre première demande)

**Précisez au titre de quel conflit :** 39/45    AFN    Indochine    OPEX    (entourez 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

## VOS CHARGES

### 2 – Quelles sont vos charges mensuelles ? (joindre les justificatifs)

CHARGES	MONTANT	DETTES	CHARGES	MONTANT	DETTES
Loyer ou accession à la propriété ou charges de copropriété ou frais d'hébergement			Mutuelle santé		
Chauffage			Remboursement de prêts personnels		
EDF-GDF			Mensualités des crédits à la consommation		
Eau			Mensualités au titre du surendettement		
Impôts sur le revenu			Pension alimentaire versée		
Taxe d'habitation			Frais de maintien à domicile		
Taxe foncière			Téléphone		
Assurances véhicules			Autres (précisez)		
Assurance habitation et assurance scolaire			<b>TOTAL DES CHARGES</b>		

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

### 3 – 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, SOLIHA (aides à l'amélioration de l'habitat)		
Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH)		
* Secours au titre du Fond Unique pour le Logement (FUL)		
Action sociale des Armées		
Autres (associations...)		

\* Différent suivant le département

## VOS RESSOURCES

### 4 – Quelles sont les ressources mensuelles de l'ensemble des personnes vivant au foyer ?

RESSOURCES	VOUS	CONJOINT	ENFANTS
Salaires			
Retraite principale / Reversions/complémentaires			
Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA )			
Allocations Pôle Emploi			
Indemnités journalières de la Sécurité sociale			
Pension d'invalidité Sécurité sociale, allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)			
Rente accident de travail			
Allocation adulte handicapé (AAH) et majoration vie autonome			
RSA			
Prestations familiales (allocations familiales, allocation de parent isolé, de soutien familial...)			
Revenus fonciers et capitaux mobiliers			
Pension alimentaire perçue			
Pension militaire d'invalidité, pension de veuve de guerre			
Allocations harkis			
Rente orphelin			
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)			
Prestation de compensation du handicap/ allocation enfant handicapé			
Allocations logement (APL, allocation logement.. )			
Bourses d'études			
Autres (précisez)			
<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, etc. (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 2, 3 et 4 :  
J'autorise l'ONACVG 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

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

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

**Précisez :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Important** : Joindre les justificatifs relatifs à vos difficultés (factures impayées, lettre de rappel, etc.) ainsi qu'un relevé d'identité bancaire (RIB). **Pour une demande de participation aux frais d'obsèques, veuillez préciser le montant du capital décès, la participation aux frais par d'autres organismes. La facture des frais d'obsèques devra être au nom du demandeur de l'aide.**

Etes-vous en relation avec un travailleur social (assistante sociale, conseillère en économie sociale et familiale, tuteur, etc.). Veuillez indiquer leur nom et leurs coordonnées :

.....

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