

Edition 2023



MÉMOIRE et SOLIDARITÉ

# Formulaire de demande d'aide financière

Réservé aux adhérents(es) du groupement

GROUPEMENT

FNAM 24bis, 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		
Groupement FNAM		
Mutuelle (assurance obsèques)		
Autres		

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

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

Signature du demandeur :