



DEMANDE D'AIDES SPECIFIQUES
POUR LES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS
OU MICRO ENTREPRENEURS

A retourner à votre CPAM

Important : merci de remplir ce formulaire très lisiblement, en noir et en lettres majuscules.

OBJET DE LA DEMANDE – Cadre réservé à l'organisme

N° de dossier PEL :

- Aide financière exceptionnelle aux invalides
Aide au répit du travailleur indépendant actif
Aide au maintien de l'activité professionnelle des indépendants (MAPI)
Aides servies par une autre branche, complétez la fiche de signalement

Transfert : à la Caisse référente au service Médical au service social

Date du transfert :

Aide non TI

MOTIVATION DE LA DEMANDE

(A remplir par l'assuré(e) impérativement quelle que soit votre demande en expliquant précisément tous les événements justifiant votre requête)

Large area with horizontal dotted lines for writing the motivation of the request.

Form box containing: Dossier transmis par un service social (Oui/Non), Si oui, nom du travailleur social, Coordonnées du travailleur social (@), Téléphone du travailleur social.

**ASSURE(E)**Nom de famille (*de naissance*) :

N° de Sécurité Sociale :

Nom d'usage (*facultatif et s'il y a lieu*) :

N° de pension :

Prénoms (*dans l'ordre de l'état civil*) :

N° de SIRET :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal : ..... Commune : ..... Pays : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Email : ..... @ .....

Adresse professionnelle :

Code postal : ..... Commune : ..... Pays : .....

**Composition du foyer** (*enfants et autres personnes vivant de façon habituelle au foyer*) :
 Célibataire  
 Marié(e)  
 Pacsé(e)  
 Vie maritale  
 Séparé(e)  
 Divorcé(e)  
 Veuf(ve)

NOM - PRENOM	Date de naissance	Lien de parenté	Situation actuelle (scolarité, apprentissage, activité professionnelle...)

**SITUATION PROFESSIONNELLE DU TRAVAILLEUR INDEPENDANT**
 Travailleur indépendant ou micro-entrepreneur depuis le .....

Préciser la nature de votre activité indépendante, le statut professionnel et le statut de votre entreprise :

- 
- Artisan/Commerçant/Travailleur indépendant classique (105)
- 
- 
- Artisan/Commerçant/Micro-entrepreneur (105 + ME)
- 
- 
- Profession libérale/Travailleur indépendant classique (106)
- 
- 
- Profession libérale/Micro-entrepreneur (106 + ME)
- 
- 
- Conjoint collaborateur Artisan commerçant (TI classique ou ME) (107)
- 
- 
- Conjoint collaborateur Profession libérale (TI classique ou ME) (103)
- 
- 
- Retraité artisan/Commerçant ex-invalide (360)
- 
- 
- Affiliation travailleur indépendant pour les PE (390)
- 
- 
- Retraité artisan/Commerçant (660)

Le cas échéant, veuillez nous préciser la situation professionnelle de votre conjoint (*\*facultatif et s'il y a lieu*) :

**RESSOURCES NETTES DU MOIS PRECEDANT LA DEMANDE**

Joindre les justificatifs de ressources du mois précédant la demande de tous les membres du foyer

	Ressources de l'assuré(e) TI	Ressources du Conjoint	Ressources des autres personnes du foyer	
			Enfant ou autre personne	Enfant ou autre personne
<b>ABSENCE DE RESSOURCES</b> Cochez la case	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>REVENUS LIES A UNE ACTIVITE</b>				
Salaires nets avant impôts ou revenus d'apprentissage et de formation				
Revenus d'activité non salariée (BIC - BNC - BA - MICRO BIC, MICRO BNC, MICRO BA)				
<b>COMPLEMENTES DE REVENUS</b>				
Prime d'activité				
Revenus de solidarité active (RSA)				
Allocations aux adultes handicapés (AAH)				
Allocations de chômage versées par Pôle emploi				
Indemnités journalières (IJ) de la Sécurité sociale et Compléments d'IJ				
<b>PENSIONS ET RENTES</b>				
Pension d'invalidité				
Majoration tierce personne				
Pension Retraite/pension de réversion				
Retraites complémentaires				
Pensions civiles et militaires				
Rente accident du travail				
<b>PRESTATIONS FAMILIALES</b>				
Liées aux enfants (Paje, AF, CF, Asf, Ajpp, Aeeh)				
Liées au logement (Apl, Alf, Als)				
<b>AUTRES REVENUS</b>				
Pension alimentaire perçue				
Revenus fonciers (revenus de biens immobiliers)				
Capitaux placés				
Bourses d'étude				
Autres Précisez :				
<b>TOTAL</b>				
La commission de surendettement est-elle saisie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de saisine : .....				

**CHARGES NETTES DU MOIS PRECEDANT LA DEMANDE**

Joindre les justificatifs de ressources du mois précédant la demande de tous les membres du foyer

	Ressources de l'assuré(e) TI	Ressources du Conjoint	Ressources des autres personnes du foyer	
			Enfant ou autre personne	Enfant ou autre personne
<b>CHARGES LIEES AU LOGEMENT</b>				
Loyer				
Crédit immobilier				
Assurance				
Taxe d'habitation				
Taxe foncière				
Electricité				
Eau				
Chauffage				
Téléphone				
Internet				
<b>CHARGES LIEES AU TRANSPORT</b>				
Abonnement transport				
Crédit voiture				
Assurance voiture				
<b>CHARGES LIEES A LA FAMILLE</b>				
Frais de garde/cantine				
Pension alimentaire versée				
Location logement étudiant				
<b>CHARGES LIEES A LA SANTE</b>				
Cotisation mutuelle				
Téléassistance				
Accueil de jour				
Séjour en hébergement temporaire				
Séjour de vacances accompagnées				
Estimation de la perte financière professionnelle en raison du temps passé pour les démarches de soins se son proche malade ou dépendant				
<b>CHARGES LIEES A L'ACTIVITE ROFESSIONNELLE</b>				
Loyers professionnels				
Emprunts liés à votre activité professionnelle				
Charges fiscales professionnelles				
Urssaf (part salariale)				
Survenance d'un événement extérieur ponctuel : incendie, accident, travaux de voirie à proximité de l'activité, etc.				
Difficultés économiques ponctuelles de l'entreprise : perte de marché, défaillance d'un partenaire, défaut de paiement d'un client important, retards paiement, débit, etc.				
Prise en charge des formalités de radiation.				
Autres, précisez :				
<b>TOTAL</b>				

**J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts et reconnais avoir été informé(e) qu'il n'existe pas de voie de recours contre la décision qui sera prise. Le dossier ne pourra être étudié que s'il est intégralement complété par les données obligatoires. Les données facultatives sont indiquées par un astérisque à côté du champ.**

A .....

Signature de l'assuré(e) ou de son représentant  
(indiquez la qualité)

Le .....

## PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

<p><b>Dans tous les cas, pour toutes les demandes d'aides spécifiques du travailleur indépendant</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• formulaire de demande ASS complété</li> <li>• la photocopie de votre carte d'identité</li> <li>• un relevé d'identité bancaire (<i>avec code BIC - IBAN</i>)</li> <li>• les bénéficiaires industriels et commerciaux (BIC) ou non commerciaux (BNC) déclarés aux services fiscaux pour la dernière année fiscale connue. (<i>avis d'imposition ou de non-imposition</i>)</li> <li>• en l'absence de déclaration de BIC/BNC, le chiffre d'affaire du trimestre</li> <li>• les justificatifs des aides financières obtenues auprès d'autres organismes</li> <li>• justificatif de ressources du foyer du mois précédant la demande</li> <li>• en cas de dossier de surendettement, joindre la décision de la commission (<i>le plan conventionnel de redressement, le justificatif de redressement personnel, les mesures imposées ...</i>)</li> </ul>
<p>Aide financière exceptionnelle aux invalides</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• justificatif d'invalidité au titre de la Sécurité sociale pour le travailleur indépendant au moment de la demande</li> <li>• justificatif de versements de cotisation depuis votre installation</li> <li>• devis et/ou factures acquittées attestant la réalité de la charge</li> </ul>
<p>Aide au répit du travailleur indépendant actif</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attestation de l'Urssaf justifiant que le travailleur indépendant est à jour de ses cotisations</li> <li>• attestation sur l'honneur précisant le lien de parenté du travailleur indépendant et de la personne accompagnée en perte d'autonomie.</li> <li>• certificat médical attestant de l'obligation d'absence du travailleur indépendant de son activité pour rendez-vous médical de son proche aidé</li> <li>• justificatifs ou attestation sur l'honneur précisant le manque à gagner</li> </ul>
<p>Aide au maintien de l'activité professionnelle des indépendants (MAPI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• devis et/ou factures acquittées pour aménagement du poste/formation</li> <li>• justificatif d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou d'une pension d'invalidité pour toute demande en cofinancement avec des partenaires (AGEFIPH ou SAMETH),</li> <li>• conclusions du SAMETH, de l'étude ergonomique, orientation MDPH le cas échéant...</li> <li>• fournir le détail des financements obtenus par les autres organismes</li> <li>• RIB du tiers si paiement à un tiers</li> </ul>

*La loi rend passible d'amende et / ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 377.1 du code de la Sécurité Sociale).*

*Les informations recueillies sont utiles à la gestion de votre dossier.*

*Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent, ainsi que d'un droit d'opposition/limitation ou d'effacement. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'assurance maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, toute personne peut introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés : CNIL 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.*