

AIDE FINANCIERE EXCEPTIONNELLE COVID-19
Action Sociale

COTISANT

Nom : Prénom :
 N° de Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 N° de compte : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 Catégorie : Artisan/Commerçant ☐ Profession Libérale ☐ Auto-entrepreneur ☐
 Adresse de domicile :
 Ville : Code postal : | | | | | |
 ☎ : | | | | | | | | | | | | | | | | | | ☎ : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 Courriel :
 Situation familiale : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ En concubinage ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐
 Nombre de personnes à charge : | | |
 Êtes-vous propriétaire de votre logement ? Oui ☐ Non ☐

ENTREPRISE

Nom de l'entreprise :
 Adresse de l'entreprise :
 Ville : Code postal : | | | | | |
 Nature de l'activité principale : Préciser l'activité de l'entreprise :
 Nombre de personnes travaillant dans l'entreprise (autre que le chef d'entreprise) : | | |
 Êtes-vous propriétaire de vos locaux professionnels ? Oui ☐ Non ☐
 Exercez-vous une autre activité professionnelle ? Oui ☐ Non ☐

FOYER

Nom : Prénom :
 Votre conjoint participe-t-il à l'activité de l'entreprise ? Oui ☐ Non ☐
 Si oui, quel est son statut ?
 Votre entreprise est la source directe et unique de revenus pour votre foyer : Oui ☐ Non ☐
 Avez-vous des enfants à charge de moins de 16 ans et/ou en situation de handicap : Oui ☐ Non ☐
 Bénéficiez-vous de minimas sociaux ? (Rsa, CMU-C ou Complémentaire Santé Solidaire, Prime d'activité, période de chômage dans les 6 derniers mois, ...) : Oui ☐ Non ☐

IMPACT CRISE COVID 19

- ☐ Cessation totale provisoire d'activité
☐ Réduction d'activité : si possible, estimation d'un % de réduction : ...

Chiffre d'affaires 2019 :€ - Revenu professionnel 2019 :€
 Chiffre d'affaires 2018 :€ - Revenu professionnel 2018 :€

- Votre entreprise a été créée avant le 1er mars 2019 : Perte de chiffres d'affaires en comparaison des deux périodes comprises entre le 1er - 31 mars 2019 et celle du 1er - 31 mars 2020 : % de perte
- Votre entreprise a été créée après le 1er mars 2019 : Perte de chiffre d'affaires en comparaison entre le chiffre d'affaires mensuel moyen de la période allant de la date de création au 1er mars 2020 et celui du 1er - 31 mars 2020 : % de perte

Pièces justificatives à joindre :

- RIB personnel
- Dernier avis d'imposition

En signant ce document, j'accepte que les informations recueillies me concernant soient conservées, et envoyées à d'autres organismes publics et j'accepte de recevoir des propositions d'aides et/ou d'offres de services.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.

Fait à : **Le :** .../.../.....

Signature :