

DEMANDE D'INTERVENTION DU FONDS D'ACTION SOCIALE

Aide financière exceptionnelle Covid-19 (AFE COVID)

COTISANT

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :

N° DE COMPTE URSSAF/CGSS :

CATÉGORIE : Artisan/Commerçant (A/C) Profession Libérale (PL) Auto-entrepreneur (A/C) Auto-entrepreneur (PL)

SI VOUS ÊTES AUTO-ENTREPRENEUR, EXERCEZ-VOUS CETTE ACTIVITÉ À TITRE PRINCIPAL ? OUI NON

ADRESSE DE DOMICILE :

VILLE : CODE POSTAL :

TÉL. FIXE : TÉL. MOBILE :

E-MAIL :

ENTREPRISE

NUMÉRO SIREN :

NOM DE L'ENTREPRISE :

ADRESSE DE L'ENTREPRISE :

VILLE : CODE POSTAL :

NATURE DE L'ACTIVITÉ PRINCIPALE :

NOMBRE DE SALARIÉS DANS L'ENTREPRISE :

ÊTES-VOUS PROPRIÉTAIRE DE VOS LOCAUX PROFESSIONNELS ? OUI NON

VOTRE ENTREPRISE EST-ELLE LA SOURCE DIRECTE DE REVENUS POUR VOTRE FOYER ? OUI NON

EXERCEZ-VOUS UNE AUTRE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ? OUI NON

CONJOINT/CONCUBIN

NOM : PRÉNOM :

VOTRE CONJOINT/CONCUBIN PARTICIPE-T-IL À L'ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE ? OUI NON

Si oui, quel est son statut ?

SI VOTRE CONJOINT EST CONJOINT COLLABORATEUR, EXERCE-T-IL CETTE ACTIVITÉ À TITRE PRINCIPAL ? OUI NON

IMPACT CRISE COVID-19

RESTRICTION OU CESSATION PROVISOIRE D'ACTIVITÉ :

Activité concernée par une cessation totale provisoire d'activité : Oui Non

(les activités autorisées telles que le «click and collect» / vente à emporter ou la livraison ne sont pas considérées comme un critère d'exclusion)

ATTESTATION SUR L'HONNEUR ET PIÈCE JUSTIFICATIVE

Pièce justificative à transmettre avec votre formulaire :

- RIB personnel

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.

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

Je déclare sur l'honneur être exempt de toute dette fiscale ou sociale impayée au 31 décembre 2019, à l'exception de celles bénéficiant d'un plan de règlement ainsi que de l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.

Fait à :

Le :

L'auteur d'une fausse déclaration est passible d'une condamnation au titre de l'article 441-1 du code pénal.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.

Le traitement de vos données à caractère personnel est mis en oeuvre conformément aux dispositions de la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen (UE) dit RGPD n°2016/679.

Conformément à ces textes vous bénéficiez notamment d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au délégué à la protection des données de l'organisme dont vous dépendez.

Vous trouverez plus d'informations sur le traitement de vos données personnelles et sur vos droits en cliquant sur le lien suivant : <https://www.acoss.fr/home/politique-de-confidentialite.html>