

**Cadre réservé au service**

Date de réception de la demande :

N° dossier CNE :

CD :

Délégué de l'entraide CD :



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS  
Conseil National de l'Ordre  
Commission nationale d'entraide

Numéro d'inscription à l'Ordre :

Numéro d'adhérent CARMF (si exercice libéral) :

## DEMANDE DE SECOURS FINANCIER AUPRES DU FONDS D'ENTRAIDE ORDINALE

*Ce document est à retourner complété et accompagné des pièces jointes au conseil départemental d'inscription*

**Important : merci de remplir ce formulaire très lisiblement**

**Cochez les cases correspondantes**

**Au titre de médecin inscrit au Tableau de l'Ordre**

| Demandeur : Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> |  | Votre conjoint, concubin, partenaire : Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> |  |
|---|--|--|--|
| NOM   |  | NOM  |  |
| PRENOM  |  | PRENOM   |  |
| Nom d'époux/épouse  |  | Nom d'époux/épouse   |  |
| Date de naissance   |  | Date de naissance  |  |
| Adresse postale   |  | Adresse postale  |  |
| Téléphone   |  | Téléphone  |  |
| Mail  |  | Mail   |  |
| précisez votre spécialité et votre mode d'exercice                            |  | Profession exercée (si, retraité, précisez)  |  |
| Conseil départemental d'inscription   |  |  |  |

**Au titre d'ayant-droit d'un médecin inscrit au Tableau de l'Ordre (descendants, conjoint(e), ex-conjoint(e), veuf (ve))**

**Si demande au titre d'un ayant-droit, précisez si descendant, conjoint(e), ex-conjoint(e), veuf (ve) :**

.....

| Demandeur : Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> |  | Votre conjoint, concubin, partenaire : Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> |  |
|---|--|--|--|
| NOM   |  | NOM  |  |
| PRENOM  |  | PRENOM   |  |
| Nom d'époux/épouse  |  | Nom d'époux/épouse   |  |
| Date de naissance   |  | Date de naissance  |  |
| Adresse postale   |  | Adresse postale  |  |
| Téléphone   |  | Téléphone  |  |
| Mail  |  | Mail   |  |

### Identification du médecin

|   |  |
|---|--|
| Nom du médecin                                  |  |
| Prénom  |  |
| Date de naissance                               |  |
| En cas de décès, précisez la date               |  |
| Mode d'exercice (libéral, hospitalier, salarié) |  |
| Téléphone / adresse mail                        |  |
| Adresse postale                                 |  |
| Conseil départemental d'inscription             |  |

### Votre situation professionnelle au moment de la demande

- En activité professionnelle

Précisez (poste, fonction, nature du contrat, employeur, situation vis-à-vis du cabinet,...)

|  |
|--|
|  |
|--|

- Sans activité professionnelle (retraite, recherche d'emploi, maladie, accident, ...)

Précisez :

|  |  |
|--|--|
| Depuis quelle date                       |  |
| Pour quelle durée<br>(estimée ou connue) |  |
| Pour quel motif                          |  |

### Votre situation familiale au moment de la demande

| Situation                | Date | Informations complémentaires  |
|--------------------------|------|-------------------------------|
| Célibataire              | -    | -                             |
| Marié(e)/vie<br>maritale |      | Nom du (ou de la) conjoint(e) |
| PACS                     |      | Nom du (ou de la) conjoint(e) |

| <b>/...Situation familiale (suite)</b> |  |   |
|--|--|---|
| Séparé(e)                              |  | Indiquez si une procédure est en cours auprès du Tribunal des Affaires familiales     |
| Divorcé(e)                             |  | Joindre copie du jugement du Juge des Affaires Familiales                             |
| Divorcé(e)<br>remarié(e)               |  | Joindre copie du jugement du Juge des Affaires Familiales relatif à la première union |
|  |  |   |
| Veuf (ve)                              |  | Joindre copie de l'acte de décès + informations sur le règlement de la succession     |

| <b>Personnes à charge, y compris les enfants étudiants</b> |                 |                   |           |
|--|-----------------|-------------------|-----------|
| Nom / prénom   | Lien de parenté | Date de naissance | Situation |
|  |                 |                   |           |
|  |                 |                   |           |
|  |                 |                   |           |
|  |                 |                   |           |

### Vos conditions de logement

Êtes-vous (cochez la case correspondante) :

- Propriétaire
  Copropriétaire
  Locataire
  Usufruitier
  Logé à titre gracieux  
 Logé en maison de retraite/foyer
  Autre (précisez) \_\_\_\_\_

### Vos charges (précisez si mensuelles ou annuelles) :

|  |  |
|--|--|
| Loyer et charges locatives   |  |
| Charges de copropriété   |  |
| Frais d'hébergement en maison de retraite  |  |
| Frais de maintien à domicile (aide à domicile, aide-ménagère, téléassistance...) |  |
| Taxe d'habitation (y compris redevance audiovisuelle)                            |  |
| Taxe foncière  |  |
| Impôt sur le revenu  |  |
| Assurances (habitation, automobile...)   |  |
| Electricité - Gaz - Chauffage  |  |
| Téléphone / Internet   |  |
| Eau  |  |
| Frais de scolarité   |  |
| Pensions alimentaires versées  |  |
| Cotisations Mutuelle ou Prévoyance   |  |

|  |  |
|--|--|
| Crédit personnel                           |  |
| Crédit professionnel                       |  |
| Dettes professionnelles                    |  |
| Autres dettes                              |  |
| Plan de surendettement                     |  |
| Autres dépenses (préciser)                 |  |
| Autres charges professionnelles (préciser) |  |

#### Aides perçues ou sollicitées au cours des 12 derniers mois (tous organismes)

| Organisme                              | Type d'aide | Date de la décision | Nature de la décision (Accord/Refus/Montant) |
|--|-------------|---------------------|--|
| Centre d'action sociale ou mairie      |             |                     |  |
| Conseil départemental ordinal          |             |                     |  |
| Conseil départemental                  |             |                     |  |
| Sécurité sociale                       |             |                     |  |
| Institution de retraite complémentaire |             |                     |  |
| Mutuelle ou prévoyance                 |             |                     |  |
| CARMF                                  |             |                     |  |
| AFEM                                   |             |                     |  |
| Autres organismes (à préciser)         |             |                     |  |

#### Votre patrimoine

| Vos biens immobiliers (estimation de la valeur actuelle en euros) |           |                |
|---|-----------|----------------|
| Bien  | Vous-même | Votre conjoint |
|   |           |                |
|   |           |                |
| Vos biens mobiliers (estimation de la valeur actuelle en euros)   |           |                |
| Bien  | Vous-même | Votre conjoint |
|   |           |                |
|   |           |                |

Avez-vous consenti des donations au cours des cinq dernières années :

oui  montant : \_\_\_\_\_

non

### Déclaration de ressources

Ma situation familiale et mes revenus actuels correspondent à ceux figurant sur l'avis d'impôt sur le revenu que j'ai transmis

Oui, mon avis d'impôt sur le revenu correspond à ma situation actuelle

Non, mon avis d'impôt sur le revenu ne correspond pas à ma situation actuelle et je joins le(s) justificatif(s) correspondant(s)

| Ressources (montants annuels perçus en euros)  |                                  | Vous-même                      | Votre conjoint |
|--|----------------------------------|--------------------------------|----------------|
| Retraite des professions libérales   |                                  |                                |                |
| Autres retraites   |                                  |                                |                |
| Pension de réversion   | Régime des professions libérales |                                |                |
|  | Autres régimes                   |                                |                |
| Prestations de la CAF  |                                  |                                |                |
| Autres allocations   |                                  | AAH, AEEH, PCH, ACTP, APA, ... |                |
| Revenus d'activité   |                                  |                                |                |
| Indemnités journalières  |                                  |                                |                |
| Revenus fonciers   |                                  |                                |                |
| Revenus mobiliers  |                                  |                                |                |
| Allocation chômage   |                                  |                                |                |
| Pré-retraite   |                                  |                                |                |
| Aide versée par les enfants  |                                  |                                |                |
| Autres revenus (prestation compensatoire, rentes viagères, rentes assurances vie, etc) |                                  |                                |                |

### Votre demande

*Vous sollicitez un secours financier en raison de difficultés*

- **D'ordre privé** (santé, rupture familiale, trésorerie ...)

*Merci de préciser*

- **D'ordre professionnel** (difficultés dans l'exercice, endettement, procédure collective, baisse ou cessation d'activité, ...)

*Merci de préciser*

Le contexte de votre demande d'aide

Montant de l'aide sollicitée : \_\_\_\_\_ €

Motif de votre demande :

Pour nous permettre de vous apporter la réponse la plus complète possible à votre demande, nous autorisez-vous à communiquer les éléments de votre dossier :

- A l'AFEM - oui  non
- Au FAS CARMF - oui  non
- A l'AGMF - oui  non
- Aux associations en lien avec le CNOM - oui  non
- A tout partenaire social que nous estimerions utile - oui  non

**Votre demande ne sera étudiée qu'à réception d'un dossier complet.**

Aucune aide ne sera versée avant la production du justificatif de la dépense correspondant à l'objet de la demande.

La décision de la Commission nationale d'entraide ne pourra pas faire l'objet d'un recours devant les tribunaux.

Je certifie l'authenticité des pièces et renseignements fournis.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de déclaration mensongère à un organisme de protection sociale aux fins d'obtention d'une allocation, d'une prestation, d'un paiement ou d'un avantage indu (Article 441-6 du code pénal).

**Information – Vos données personnelles**

*Les informations personnelles que vous transmettez au conseil départemental adéquat sont enregistrées et utilisées uniquement aux fins d'examiner votre demande de secours financier auprès du fonds d'entraide ordinale. Dans cette optique, elles seront ensuite transmises au Conseil national de l'Ordre des médecins. Le conseil départemental et le Conseil national de l'Ordre des médecins agissent dans le cadre de leurs missions légales et sont responsables de ce traitement de données, au sens du Règlement général de protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016 et de la loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978.*

*Certaines de ces informations sont des données sensibles, notamment des données de santé, et ne peuvent être traitées par le conseil départemental et le Conseil national qu'avec votre consentement exprès, que vous pouvez retirer à tout moment. Soyez informés qu'en l'absence de votre consentement, votre dossier sera étudié sans prendre en compte ces informations.*

*Seuls le personnel compétent et habilité du conseil départemental adéquat et du Conseil national, les membres de la Commission d'entraide et les sous-traitants assistants sociaux auront accès à ces informations. Elles seront conservées par le conseil départemental ou le Conseil national pendant une durée de deux ans à compter de la décision de la Commission. La décision de la Commission sera conservée pendant une durée de dix ans.*

*Vous disposez de droits sur les données vous concernant que vous pouvez exercer auprès du conseil départemental concerné ou auprès du Délégué à la protection des données du Conseil national à l'adresse : [dpo@cn.medecin.fr](mailto:dpo@cn.medecin.fr). Vous bénéficiez notamment d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, ou encore d'opposition sous certaines conditions, ainsi que du droit de porter une réclamation à la CNIL, le cas échéant.*

*Si certaines informations concernent des tiers, il vous appartient de vous assurer de la non-opposition de ces tiers à la transmission de ces informations.*

- J'ai pris connaissance de la présente note d'information et je consens expressément au traitement des données sensibles me concernant.*

Fait le

Signature obligatoire :

**Observations du conseil départemental**

*Date et signature*

***Renseignements et réception des dossiers :***

---

**Service d'Entraide**

**Conseil National de l'Ordre des Médecins**

4 rue Léon Jost - 75855 PARIS CEDEX 17

Coordinatrice : B. DELAGE-DAMON : 01.53.89.32.29

Mail : [entraide@cn.medecin.fr](mailto:entraide@cn.medecin.fr)



## Liste des justificatifs à fournir pour appuyer la demande (produire des copies)

### ▪ Relatifs aux revenus

- les deux derniers avis d'imposition sur le revenu (*formulaire n°2042, toutes les pages*)
- les deux derniers avis d'imposition sur le revenu de votre conjoint(e) (*formulaire n°2042, toutes les pages*)
- les deux dernières déclarations fiscales professionnelles pour les libéraux (*formulaire n°2035, toutes les pages*)
- les 3 derniers bulletins de salaires
- les 3 derniers bulletins de salaires de votre conjoint (e)
- les attestations de versement des prestations sociales, pensions de retraite, ou rentes (*3 mois*)
- les attestations de versement des I.J (indemnités journalières régime obligatoire et le cas échéant complémentaire) (*3 mois*)
- les trois derniers relevés de comptes bancaires mensuels personnel et professionnel (ou les 6 derniers par quinzaine)
- les trois derniers relevés des comptes Epargne
- Justificatifs des aides perçues ou demandées au cours des 12 derniers mois :

### ▪ Relatifs aux charges privées

- les deux derniers avis d'imposition pour la taxe d'habitation, et le cas échéant, de la taxe foncière
- les 3 dernières quittances de loyer
- les appels de charge en cas de copropriété (*1 an*)
- les 3 dernières factures pour les consommables domestiques (chauffage, téléphone, EDF, eau...)
- les appels de cotisations pour les assurances (domicile, véhicule, complémentaire santé,...)
- les tableaux d'amortissement des emprunts bancaires
- les justificatifs de la dépense correspondant à l'objet de la demande (devis, facture... )

### ▪ Relatifs aux charges professionnelles

- en cas de procédure collective : copie du dernier jugement, coordonnées du mandataire judiciaire
- les appels de cotisations obligatoires (CARMF, URSSAF, ...)
- les appels de cotisations de votre (vos) organisme(s) de prévoyance complémentaire auprès desquels vous avez souscrit des garanties

### ▪ Relatifs à la situation familiale et personnelle

- les arrêts de travail ou bulletins d'hospitalisation
- les jugements (JAF)
- Fiche d'état civil de moins de 3 mois et/ou photocopie livret de famille

### ▪ En fonction de la situation

- Si protection juridique, copie du jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice
- Les justificatifs des dettes
- Le plan de surendettement

*/...et tout autre document susceptible de nous permettre de comprendre la situation*