

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 minima 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 :