



FONDS SOCIAL

DEMANDE D'AIDE POUR LES MALADES DU COVID-19

CONFIDENTIEL

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Numéro de référence CAVEC : 00 _____ Numéro d'inscription à l'Ordre : _____

Nom d'usage _____

Nom de naissance _____ Prénom _____

Date de naissance ___ / ___ / _____ N° de Sécurité sociale _____ clé _____

POUR VOUS CONTACTER

N° et nom de la voie _____

Code postal _____ Commune _____ Pays _____

Tél. fixe _____ Tél. portable _____ E-mail : _____

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE DEMANDE D'AIDE

Cochez les cases correspondant à votre situation

J'exerce en indépendant et ai contracté le Covid-19

- Je sollicite le versement d'un secours, à hauteur de 90 € par jour, pendant 90 jours maximum.
(Joindre l'arrêt de travail ou l'attestation médicale indiquant l'affection au Covid-19, la date de début de la maladie et nous informer de la date de rétablissement)
- Je sollicite le versement d'une aide correspondant aux frais de garde engagés du fait de l'affection, car j'ai, pendant la période de maladie, eu l'obligation de faire garder mes enfants de moins de 16 ans.
(Joindre le livret de famille et les justificatifs des frais de garde)

J'exerce en salarié et ai contracté le Covid-19

- Je sollicite le versement d'un complément aux indemnités versées par l'assurance maladie, permettant d'atteindre la somme de 90 € par jour, pendant 90 jours maximum.
(Joindre l'arrêt de travail ou l'attestation médicale indiquant l'affection au Covid-19, la date de début de la maladie et nous informer de la date de rétablissement et joindre les justificatifs des indemnités perçues ou à percevoir)
- Je sollicite le versement d'une aide correspondant aux frais de garde engagés du fait de l'affection, car j'ai, pendant la période de maladie, eu l'obligation de faire garder mes enfants de moins de 16 ans.
(Joindre le livret de famille et les justificatifs des frais de garde)

Afin de nous permettre de traiter votre demande, veuillez nous transmettre toutes les pièces nécessaires.

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des présentes déclarations et je m'engage à en faciliter toute vérification.

A _____ le ___ / ___ / _____ Signature

IMPORTANT : « La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du code de la Sécurité sociale, 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal). Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Général sur la Protection des Données vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute information vous concernant »