**COMMISSION SOCIALE - DEMANDE D’AIDE**

Les aides ponctuelles doivent permettre aux adhérents de l’Union Départementale des Sapeurs-Pompiers du Doubs ou à leurs familles de faire face à différentes difficultés. Elles ne se substituent pas aux prestations légales, et interviennent dans l'attente ou en complément du versement de ces prestations.

*Pour tout renseignement ou toute précision relative à cette demande, n’hésitez pas à contacter*

*votre délégué social, Dominique MARTIN E-Mail : dominique.martin@sdis25.fr - Tel personnel: 06.07.80.08.54*

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’AMICALE des SAPEURS-POMPIERS qui sollicite l’UDSP 25**

**Amicale des Sapeurs-Pompiers de :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Contact : NOM :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse postale :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse Mail :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Téléphone :\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT l’adhérent de l’UDSP 25**

**❑ Mr ❑ Mme ❑Mlle**

**❑ Adhérent(e) décédé(e)**

**NOM :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**Adresse postale :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse Mail :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Téléphone :\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**Situation familiale :** ❑ Famille monoparentale Nombre de pers au foyer :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ Célibataire ❑ Marié(e) ❑ Vie maritale ❑ Divorcé(e) ❑ Séparé(e) ❑ Veuf(ve) ❑ Mineur ❑ Pacsé(e)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **Prénom** | **Age** | **Activité** | **A charge** | **Au foyer** |
| **OUI** | **NON** | **OUI** | **NON** |
|  |  |  |  | **❑** | **❑** | **❑** | **❑** |
|  |  |  |  | **❑** | **❑** | **❑** | **❑** |
|  |  |  |  | **❑** | **❑** | **❑** | **❑** |
|  |  |  |  | **❑** | **❑** | **❑** | **❑** |

**DESCRIPTION de la SITUATION DIFFICILE**

*A compléter par le délégué social de l’amicale*

**PIECES à FOURNIR :**

Certificat médical mentionnant la nature de la maladie et son actualité, signé par le médecin

Factures ou devis liés à la demande d’aide

Tout document permettant une meilleure compréhension de la demande

**AIDE APPORTEE par l’AMICALE des SAPEURS-POMPIERS**

**DECLARATION du Président et du délégué social de l’AMICALE**

Nous soussignons Président : NOM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Délégué social : NOM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

reconnaissons avoir pris connaissance des éléments contenus dans le dossier et déclare sur l’honneur l’exactitude des renseignements communiqués.

En cas de décision favorable de l’UDSP 25, nous donne notre accord pour le versement de l’aide au destinataire désigné ci-dessus.

**AVIS du CHEF de CENTRE et/ou de GROUPEMENT**

**SUIVI du DOSSIER Reçu UDSP 25 le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_**

Dossier présenté en Conseil d’Administration le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_

Destination du dossier : ❑ ODP ❑ SOLENFA ❑ (Autre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ce dossier fera l’objet d’une information au SDIS : ❑ OUI ❑ NON