

**Service départemental de l'ONaCVG du Rhône**  
**Quartier Général Frère 22 Avenue Leclerc**  
**BP 41 69998 LYON Cedex 07**  
**Tél : 04 .81. 49 .11 81**  
**Mail : [sd69@onacvg.fr](mailto:sd69@onacvg.fr)**

**Important :**

Il est rappelé à tout demandeur que les aides de l'ONaCVG sont subsidiaires des aides de droit commun. Pour permettre le traitement de votre demande, il est important de fournir les justificatifs indispensables à son instruction.

**DEMANDE D'AIDE FINANCIERE**

Dossier parrainé par :

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Profession : .....

Situation familiale :  Célibataire       Séparé(e)       Divorcé(e)       Marié(e)  
 Veuf(ve)       Pacsé(e)       Union libre

Nombre d'enfants à charge : - Mineurs :  
- Majeurs :  
- Situation des enfants majeurs vivant au foyer :

**1 – Quel est votre titre de ressortissant ?**

**Précisez au titre de quel conflit :** 39/45    AFN    Indochine    OPEX    (entourez la réponse)

Carte du combattant        
Titre de reconnaissance de la Nation        
Pupille de la Nation majeur        
Pensionné de guerre        
Veuve de guerre        
Conjoint survivant        
Victime d'actes de terrorisme        
Autre

## **2 – Quelles sont vos charges mensuelles ?**

<b>CHARGES</b>	<b>MONTANT</b>	<b>DETTES</b>	<b>CHARGES</b>	<b>MONTANT</b>	<b>DETTES</b>
Loyer ou accession à la propriété ou charges de copropriété ou frais d'hébergement			Assurance habitation et assurance scolaire		
Chauffage			Mutuelle santé		
EDF-GDF			Frais de maintien à domicile		
Eau			Mensualités des crédits à la consommation		
Téléphonie - Internet			Pension alimentaire versée		
Taxe foncière			Autres (précisez)		
Assurances véhicules			<b>TOTAL DES CHARGES</b>		

## **3 – Quelles sont les ressources mensuelles de l'ensemble des personnes vivant au foyer ?**

*Ressources prises en compte :*

<b>RESSOURCES</b>	<b>VOUS</b>	<b>CONJOINT</b>	<b>ENFANTS</b>
Salaires			
Retraite principale / Reversions/complémentaires			
Allocations Chômage			
ASPA			
Indemnités journalières de la Sécurité sociale			
Pension d'invalidité Sécurité sociale			
RSA			
Revenus fonciers et capitaux mobiliers			
Pension alimentaire perçue			
Bourses d'études			
Autres (précisez)			
<b>TOTAL DES RESSOURCES</b>			

**4 – Pour quel(s) motif(s) sollicitez-vous une aide financière auprès du service départemental ?**

- Factures impayées (loyer, EDF, eau, assurances, etc.)
- Charges spécifiques (maintien à domicile, travaux pour l'amélioration de l'habitat, etc.)
- Dépenses exceptionnelles (hospitalisation, obsèques, frais d'optique, frais dentaires, etc.)

**Montant de l'aide souhaité :**

**Précisez :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Etes-vous en relation avec un travailleur social (assistant de service social, conseiller en économie sociale et familiale, tuteur, etc.). Veuillez indiquer leurs nom et coordonnées :

.....

Avis motivé du travailleur social, du correspondant local, de l'association...

***Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis aux rubriques 2 et 3 :  
J'autorise l'ONaCVG à communiquer ces informations à un autre service social dans mon intérêt<sup>2</sup>***

**Date**

**Signature de l'intéressé(e)**

Les informations recueillies sont destinées à l'usage interne du service social ; elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès de ce dernier conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

<sup>2</sup> Rayer en cas de refus