

## DEMANDE D'AIDE

### Fonds d'Action Sociale spécial Covid-19

#### Identité du requérant

Nom : .....

Prénom : .....

N° adhérent : .....

Adresse : .....

.....

E-mail : ..... @ .....

N° de téléphone : .....

#### Motif de la demande

☐ **Maladie**

Vous êtes personnellement atteint du Covid-19, ce qui engendre une incapacité totale ou partielle d'exercer votre activité professionnelle

☐ **Santé fragile**

Vous êtes une personne à haut risque Covid-19 (ou l'un de vos proches directs) ce qui impacte totalement ou partiellement votre activité professionnelle

☐ **Difficultés financières**

Votre chiffre d'affaire d'Avril, Mai et Juin 2020 subit une baisse importante liée à la pandémie du Covid-19 et a diminué d'au moins 50 % comparé au même trimestre 2019

☐ **Nouveaux affiliés**

Votre début d'activité professionnelle (jusqu'aux 7 premières années) est fortement perturbé par la crise sanitaire du Covid-19 et votre chiffre d'affaire a diminué d'au moins 30% durant les mois d'Avril, Mai et Juin 2020, comparé au même trimestre 2019

☐ **Autre raison**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Objet de la requête

Veillez détailler le contexte de votre demande d'aide :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

A .....

Le .....

***Certifié sincère et véritable,***

Signature

**AFIN DE PERMETTRE LE MEILLEUR TRAITEMENT DE VOTRE DOSSIER,  
VEUILLEZ NOUS FAIRE PARVENIR OBLIGATOIREMENT :**

**1. Maladie**

- Certificat médical ou bon d'hospitalisation ou arrêt de travail (inférieur à 6 mois) ou tout autre document de santé permettant de justifier de votre atteinte du Coronavirus (sous enveloppe fermée avec une mention « secret médical »)

**2. Santé fragile**

- Certificat médical ou carte vitale mention ALD ou arrêt de travail (inférieur à 6 mois) ou tout autre document de santé permettant de justifier de votre statut de personne à haut risque face à la pandémie du Coronavirus (sous enveloppe fermée avec une mention « secret médical ») – cette mesure peut être étendue à votre conjoint ou ayant-droit (une pièce d'identité est obligatoire)

**3. Difficultés financières**

- Déclarations TVA Avril, Mai et Juin pour 2019 et 2020

**4. Nouveaux affiliés**

- Déclarations TVA Avril, Mai et Juin pour 2019 et 2020 (si votre activité a débuté à partir d'Avril 2019)

**Pour toute demande :**

- Copie de votre pièce d'identité
- Copie du BIC IBAN de votre compte bancaire
- Avez-vous une assurance privée ? (oui/non) : \_\_\_\_\_
- Quel est votre secteur d'activité principale (rural, canin, ...) ? : \_\_\_\_\_
- Quel est le statut juridique de votre société ? : \_\_\_\_\_
- Avez-vous un emprunt en cours ? (oui/non) : \_\_\_\_\_
- Nombre d'associés ou de collaborateurs libéraux dans votre clinique : \_\_\_\_\_
- Nombre de salariés dans la clinique : \_\_\_\_\_
- Bénéficient-ils d'une mesure de chômage partiel ? (oui/non) : \_\_\_\_\_

**Merci d'avoir complété ce formulaire,**

**L'ensemble des pièces peuvent nous parvenir par courrier ou mail en fonction de l'urgence de la situation.**

**Nous reviendrons vers vous dès que possible,**

**La Carpv est à vos côtés**