URSSAF CGSS SÉCURITÉ SOCIALE INDÉPENDANTS

AIDE FINANCIERE EXCEPTIONNELLE COVID-19
Action Sociale

COTISANT

Nom : ……..…..……..… Prénom : ……..…….…….

N° de Sécurité Sociale : |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|

N° de compte : |__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Catégorie : Artisan/Commerçant ◯ Profession Libérale ◯ Auto-entrepeneur ◯

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 minimas 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 1e 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 :

Le traitement de vos données à caractère personnel est mis en œuvre conformément aux dispositions de la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen (UE) dit RGPD n°2016/679. Conformément à ces textes vous bénéficiez notamment d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au délégué à la protection des données de l'organisme dont vous dépendez. Vous trouverez plus d'informations sur le traitement de vos données personnelles et sur vos droits en cliquant sur le lien suivant : https://www.acoss.fr/home/politique-de-confidentialite.html