URSSAF CGSS SÉCURITÉ SOCIALE INDÉPENDANTS

AIDE FINANCIERE EXCEPTIONNELLE COVID-19
Action Sociale

COTISANT

Nom : ……..…….…. Prénom : …….…….…….

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

N° de compte TI (entre 12 et 18 caractères maximum) : |__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Catégorie : Artisan/Commerçant (A/C) ☐ Profession Libérale (PL) ☐ Autoentrepreneur (A/C) ☐ Autoentrepreneur (PL) ☐

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 : ……..….

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 (conjoint/e) : …….. Prénom (conjoint/e) : ……..……..……..……

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 minima 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 : ◯ Oui ◯ Non

- Diminution du CA entre mars 2019 et mars 2020 : …..% / a bénéficié du fonds de solidarité de l'Etat : Oui ◯ Non ◯
- Diminution du CA entre avril 2019 et avril 2020 : …. % / a bénéficié du fonds de solidarité de l'Etat : Oui ◯ Non ◯
- Diminution du CA entre mai 2019 et mai 2020 : …. % / a bénéficié du fonds de solidarité de l'Etat : Oui ◯ Non ◯
- Votre entreprise a été créée après le 1er juin 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 29 février 2020 et celui du 1er - 31 mai 2020 : ….. % de perte

Chiffre d'affaires 2019 (si disponible) : ……..€ - Revenu professionnel 2019 : …….€

Chiffre d'affaires 2018 : ……..€ - Revenu professionnel 2018 : …….€

Pièces justificatives à joindre :

- RIB personnel
- Dernier avis d'imposition (accessible sur l'espace fiscal personnel https://www.impots.gouv.fr/portail/)

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 être exempt de toute dette fiscale ou sociale impayée au 31 décembre 2019, à l'exception de celles bénéficiant d'un plan de règlement ainsi que de 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