



mémoire et solidarité

**Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre**  
**Service départemental du Morbihan**  
**PREFECTURE**  
**24 place de la République**  
**BP 501**  
**56019 VANNES**

Tél. 02.97.47.88.88 – Fax 02.97.47.84.02

ACCUEIL du PUBLIC et TELEPHONIQUE: du lundi au vendredi de 8h30 à 12h / fermé tous les après-midi

**Important :**

Il est rappelé à tout demandeur que les aides de l'ONACVG sont subsidiaires des aides de droit commun.

**DEMANDE D'AIDE FINANCIERE**

Dossier parrainé par : UNC Morbihan (56) 33, rue Philippe Lebon résidence la rabine Bt A 56000 VANNES

NOM : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse :

Téléphone :

Email :

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

Nombre de personnes vivant au foyer :

Nombre d'enfants à charge : - Mineurs :

- Majeurs :

- Situation des enfants majeurs vivant au foyer :

***Important :*** Joindre la photocopie de votre pièce d'identité (lors de la première demande), ainsi que les certificats de scolarité de vos enfants de plus de 16 ans ou les justificatifs de leur situation.

**1-Quel est votre titre de ressortissant ?** (joindre une photocopie)

**Précisez au titre de quel conflit :**                      39/45    AFN    Indochine    OPEX    (entourer 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'attentat                        
Autre

**Vos ressources :**

**2-Quels sont les ressources mensuelles de l'ensemble des personnes vivant au foyer ?**

<b>RESSOURCES</b>	<b>VOUS</b>	<b>CONJOINT</b>	<b>ENFANTS</b>
Salaires			
Allocations Pôle Emploi			
R.S.A			
Retraite principale / Reversions			
Retraites complémentaires mensuelles trimestrielles			
Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)			
Pension militaire d'invalidité, pension de veuve de guerre			
Pension d'invalidité sécurité sociale, allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)			
Allocation Adulte Handicapé			
Allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A)			
Indemnités journalières sécurité sociale			
Rente accident de travail			
Prestations familiales (allocations familiales, allocation de parent isolé, de soutien familial...)			
Pension alimentaire perçue			
Autres : revenus fonciers, capitaux mobiliers			
Bourses d'études			
Allocation logement ou A.P.L (ne pas en tenir compte pour l'aide à domicile)			
Autres (préciser)			
<b>TOTAL DES RESSOURCES</b>			

**Important** : Joindre votre dernier avis d'imposition ou de non imposition ainsi que les justificatifs du dernier paiement de vos salaires, retraites, allocations... (avis de virements bancaires ou postaux, relevés de compte, feuilles de paie, mandats, etc.)

Vos charges :

**3- Quelles sont vos charges mensuelles ? (joindre les justificatifs)**

CHARGES	MONTANT	DETTES	CHARGES	MONTANT	DETTES
Loyer ou accession à la propriété ou frais hébergement			Mutuelle		
Chauffage			Pension alimentaire versée		
EDF-GDF			Frais de maintien à domicile		
Eau			Remboursement de prêts personnels		
Assurances habitation véhicule			Mensualités des crédits à la consommation		
Impôts sur le revenu			Mensualités au titre du surendettement		
Taxe d'habitation			Téléphone		
Taxe foncière			Autres (préciser)		
			<b>TOTAL DES CHARGES</b>		

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

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

**Précisez :**

.....

.....

.....

.....

.....

**Important :** Joindre les justificatifs relatifs à vos difficultés (factures impayées, lettres de rappel, ....) ainsi qu'un R.I.B.  
Pour une demande de participation aux frais d'obsèques, veuillez préciser le montant du capital décès ..... €

Avez-vous constitué un dossier de surendettement ? Si oui fournir le plan d'apurement

**5-Quelles aides exceptionnelles avez-vous perçues au cours des six derniers mois ?**

<b>ORGANISMES</b>	<b>MOTIFS</b>	<b>MONTANTS</b>
Centre communal d'action sociale ou Mairie ou service social de secteur		
Prestations supplémentaires et secours de la Sécurité Sociale, de la CNAV ou de la MSA		
Caisse de retraite complémentaire		
Mutuelle (ou organisme similaire)		
Centre départemental de l'Habitat, ANAH, PACT-ARIM (Aides à l'amélioration de l'habitat)		
Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH)		
Secours au titre du Fonds de Solidarité Logement (FSL) et/ou du Fonds de Solidarité Energie, Eau		
Action sociale de la Défense		
Autres (Associations...)		

Etes-vous en relation avec un travailleur social ? (Assistante sociale - Conseillère en Economie Sociale et Familiale – Tuteur -etc) .Veuillez indiquer leur nom et leurs 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'ONAC-VG à communiquer ces informations à un autre service social dans mon intérêt<sup>1</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>1</sup> Rayer en cas de refus