



COMMISSION SOCIALE - DEMANDE D'AIDE

Les aides ponctuelles doivent permettre aux adhérents de l'Union Départementale des Sapeurs-Pompiers du Doubs ou à leurs familles de faire face à différentes difficultés. Elles ne se substituent pas aux prestations légales, et interviennent dans l'attente ou en complément du versement de ces prestations.

Pour tout renseignement ou toute précision relative à cette demande, n'hésitez pas à contacter votre délégué social, Dominique MARTIN E-Mail : dominique.martin@sdis25.fr - Tel personnel: 06.07.80.08.54

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AMICALE des SAPEURS-POMPIERS qui sollicite l'UDSP 25

Amicale des Sapeurs-Pompiers de : _____

Contact : NOM : _____ Prénom : _____

Adresse postale : _____

Adresse Mail : _____ Téléphone : ____/____/____/____/____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT l'adhérent de l'UDSP 25

Mr Mme Mlle

Adhérent(e) décédé(e)

NOM : _____ Prénom : _____ Né(e) le : ____/____/____

Adresse postale : _____

Adresse Mail : _____ Téléphone : ____/____/____/____/____

Situation familiale : Famille monoparentale Nombre de pers au foyer : _____

Célibataire Marié(e) Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Mineur Pacsé(e)

NOM	Prénom	Age	Activité	A charge		Au foyer	
				OUI	NON	OUI	NON
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DESCRIPTION de la SITUATION DIFFICILE

A compléter par le délégué social de l'amicale

PIECES à FOURNIR :

Certificat médical mentionnant la nature de la maladie et son actualité, signé par le médecin

Factures ou devis liés à la demande d'aide

Tout document permettant une meilleure compréhension de la demande

AIDE APPOREE par l'AMICALE des SAPEURS-POMPIERS

DECLARATION du Président et du délégué social de l'AMICALE

Nous soussignons Président : NOM _____ Prénom _____

Délégué social : NOM _____ Prénom _____

reconnaissons avoir pris connaissance des éléments contenus dans le dossier et déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués.

En cas de décision favorable de l'UDSP 25, nous donne notre accord pour le versement de l'aide au destinataire désigné ci-dessus.

AVIS du CHEF de CENTRE et/ou de GROUPEMENT

SUIVI du DOSSIER Reçu UDSP 25 le ____/____/____

Dossier présenté en Conseil d'Administration le ____/____/____

Destination du dossier : ODP SOLENFA (Autre) _____

Ce dossier fera l'objet d'une information au SDIS : OUI NON