

QUESTIONNAIRE STRICTEMENT CONFIDENTIEL

ANNEE.....CONSEIL DEPARTEMENTAL DE.....

DEMANDEUR BENEFICIAIRE : **Numéro d'inscription** : _____

NOM :..... **PRENOM** :.....

DATE DE NAISSANCE :.....

ADRESSE PERSONNELLE :.....

..... TEL :.....

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

.....

..... TEL :

QUALITE :

- Le médecin lui-même
- Conjoint(e)
- Enfant(s) Nombre :
- Autre Précisez :

SITUATION DU DEMANDEUR :

- Célibataire
- Marié(e)
- Veuve ou veuf
- Divorcé(e) Date :
- Remarié(e) Date :
- Profession -actuelle.....
- secondaire.....
- Profession du conjoint : -actuelle.....
- secondaire.....

Enfants-Nombre :

	Nom-Prénom	Date de Naissance	A Charge		Situation ou Niveau scolaire ou universitaire
			Oui	Non	

AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE EVENTUELLEMENT A CHARGE :

MEDECIN :

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE :

..... TEL :

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

..... TEL :

ANNEE DE THESE : DATE D'INSTALLATION :

●ACTIVITE LIBERALE : -Généraliste -Spécialiste
-Secteur conventionnel 1 2 HC
-Caisse d'affiliation SS AMPI
-Activités salariées annexes
Précisez :

●HOSPITALIERE :
-Exclusive
-Avec activité libérale

●SALARIEE :
-Titulaire Non Titulaire
Précisez :

●AUTRE : précisez :

CESSATION D'ACTIVITE DATE :

●DEFINITIVE CAUSE : -Décès Accident
Maladie
Suicide
-Maladie Physique
Psychiatrique (L460)
-Retraite

●MOMENTANEE DUREE PREVISIBLE.....
CAUSE -Accident
-Maladie : Physique
Psychiatrique (L460)
-Sanction disciplinaire
-Décision judiciaire
-Incarcération
-Autres Précisez.....

DIMINUTION D'ACTIVITE
CAUSE -Etat de Santé : -Maladie
-Accident
-Conjoncture

SURENDETTEMENT

SITUATION FINANCIERE : (joindre les justificatifs)

REVENUS ACTUELS DE LA FAMILLE (Chiffres Annuels) :

	Médecin	Conjoint	Enfants	€
●Revenus libéraux	
●Salaire	
●Allocations CARMF	
●Indemnités Journalières (Précisez si CARMF, Sécurité Sociale, ou Autre)	
●Pension (invalidité ou autres)	
●Retraite	
●Bourse d'Etude	
●Rente, loyers, fermages	
●Allocations familiales	
●Allocations logement	
●Autres	

Joindre les avis d'impositions des deux dernières années et tout justificatif attestant vos revenus en cas d'arrêt d'activité en cours d'année (médecin et demandeur)

ACTIF :

●Propriétaire des habitations : -Principale.....	€ (estimation)
-Secondaire.....	€(estimation)
●Assurance Vie.....	€
●Vente du cabinet.....	€
●Autres	€

PASSIF :

CHARGES ACTUELLES DE LA FAMILLE (Chiffres Annuels)

●URSSAF.....	€
●CARMF.....	€
●Impôts : -Revenus.....	€
-Locaux.....	€
-Fonciers.....	€
●Loyer.....	€
●EDF.....	€
●Téléphones.....	€
●Eau.....	€
●Chauffage.....	€
●Pension Alimentaire.....	€

DETTES A CE JOUR (nature et montant précis)

EMPRUNTS PERSONNELS :

	Date de souscription	Montant en Euros	Durée
● Equipement
● Immobilier
● Montant des mensualités.....€		Montant du solde à régler.....€	
● Couvert par une assurance : OUI / NON (Rayer la mention inutile)			

EMPRUNTS PROFESSIONNELS :

	Date de souscription	Montant en Euros	Durée
● Equipement
● Immobilier
● Montant des mensualités.....€		Montant du solde à régler.....€	
● Couvert par une assurance : OUI / NON (Rayer la mention inutile)			

AIDES DEJA ATTRIBUEES :

● Famille..... €		
● Conseil départemental :	Année(s).....	Montant.....€
● Conseil national :	Année(s).....	Montant..... €
● AFEM :	Année(s).....	Montant..... €
● AGMF :	Année(s).....	Montant..... €
● Autres :	Année(s).....	Montant..... €

A REMPLIR IMPERATIVEMENT PAR LE CONSEIL DEPARTEMENTAL

●AVIS MOTIVE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL :

●PROPOSITION DU CONSEIL DEPARTEMENTAL :

J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité.

Date et signature du demandeur