

**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) :**

	<b>Médecin</b>	<b>Conjoint</b>	<b>Enfants</b>	<b>€</b>
●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**