

## DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

**Secours**  (1)      **Prêt social**  (1)

### I - RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEMANDEUR.

NOM : ..... NOM de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Département <sup>(2)</sup> : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone professionnel : ..... Téléphone personnel : .....

Adresse électronique : .....

Situation familiale <sup>(1)</sup> :     Marié(e)             Pacsé(e)             Concubin(e)             Célibataire  
    Veuf(ve)             Divorcé(e)             Séparé(e)

Armée, direction ou service d'appartenance <sup>(1)</sup> :

Terre     Marine     Air     SGA     EMA et services communs     DGA     Gendarmerie  
 Etablissement public <sup>(3)</sup> : .....  
 Autres <sup>(3)</sup> : .....

### LIEN AVEC LE MINISTÈRE DES ARMÉES OU AVEC LA GENDARMERIE <sup>(1)</sup>

<input type="checkbox"/> <b>EN ACTIVITÉ</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Affectation .....</li> <li>• Catégorie professionnelle <sup>(5)</sup> .....</li> <li>• Date d'entrée en service .....</li> <li>• Date prévue de fin d'activité ou de contrat .....</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>RETRAITÉ</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depuis le .....</li> <li>• Nombre d'années de service au ministère ou à la gendarmerie .....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <b>CONJOINT SURVIVANT</b> <sup>(4)</sup> depuis le : ..... <input type="checkbox"/> <b>ORPHELIN</b> <u>Renseignements concernant le conjoint décédé, ou le parent décédé :</u> <input type="checkbox"/> <b>EN ACTIVITÉ</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Affectation .....</li> <li>• Catégorie professionnelle <sup>(5)</sup> .....</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>RETRAITÉ</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depuis le .....</li> <li>• Nombre d'années de service au ministère ou à la gendarmerie .....</li> </ul>
--	--

**AUTRES** (par exemple ancien personnel <sup>(6)</sup>) : .....

**COMPOSITION DE LA FAMILLE** (en distinguant les personnes vivant au domicile (**D**) du demandeur et hors du domicile (**HD**))

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	D ou HD	DATE ET LIEU DE NAISSANCE	SITUATION PROFESSIONNELLE SCOLARITÉ
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

**Désignation caisse de Sécurité Sociale** : ..... **Désignation Mutuelle** : .....

**OBJET DE LA DEMANDE** (vous indiquerez les raisons pour lesquelles l'aide financière est sollicitée et joindrez les pièces justificatives)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**MONTANT DE L'AIDE DEMANDÉE** <sup>(1)</sup> :

SECOURS : .....  PRÊT SOCIAL : .....  
(avec durée de remboursement) .....

**VERSEMENT DE L'AIDE** <sup>(1)</sup> :

SECOURS : A verser soit par chèque, soit par chèque social, soit sur le compte suivant (RIB, RIP joint) ou à un tiers<sup>(7)</sup>

/ ..... / / ..... /  
**IBAN** **BIC**

Nom et adresse de la banque : .....

PRÊT SOCIAL : Conformément aux modalités de l'imprimé 520/52

Je souhaite que la décision d'attribution ou la lettre de refus d'attribution de ma demande d'aide financière me soit adressée <sup>(1)</sup> :

Par voie postale ou  Par mél à l'adresse électronique sus mentionnée

## II. DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL.

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'usage interne de l'action sociale des armées et de l'organisme chargé du paiement des prestations dont la finalité est : la gestion et le suivi de l'accompagnement social, des demandes d'aides et de prestations d'action sociale délivrées au profit des ressortissants du ministère des armées et l'élaboration de statistiques aux fins de pilotage de la politique d'action sociale du ministère des armées en vue d'améliorer la qualité du service rendu aux ressortissants.

La durée de conservation des informations est de deux ans après la dernière intervention effectuée pour le ressortissant puis ces informations sont anonymisées et reversées pour archivage.

Conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation de vos données.

En cas de demande d'accès à vos données traitées par le SIAS et en cas de demande de rectification de ces données, vous devez vous adresser au service de l'action sociale des armées sous couvert de l'assistant de service social dont vous dépendez, par courriel à l'adresse [scn-asa.cmi.fct@intradef.gouv.fr](mailto:scn-asa.cmi.fct@intradef.gouv.fr) ou par courrier postal.

Si vous vous opposez au traitement de vos données, cette prestation, présente dans le SIAS, ne peut vous être délivrée.

## III. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR.

Je soussigné(e), .....

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et des pièces justificatives fournies et m'engage, si l'aide est accordée, à l'utiliser dans les conditions fixées en accord avec l'assistant de service social ;
- reconnais avoir été informé(e) que les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique dans le système d'information de l'action sociale (SIAS) destiné à l'usage interne de l'action sociale des armées et de l'organisme chargé du paiement des prestations ;
- sollicite le bénéfice de la prestation sus-indiquée.

Fait à ....., le .....  
Signature

- (1) Cocher la case utile
- (2) Ou collectivité d'outre-mer ou pays si né(e) hors de France.
- (3) Indiquer obligatoirement et clairement le nom de l'établissement ou de l'organisme.
- (4) Veuf(ve) d'un ressortissant et non remarié(e).
- (5) **Préciser** : Officier. Sous-officier. MDR – Réserviste. Volontaire. – Fonctionnaire Cat. A, B, ou C. Ouvrier de l'État. Agent contractuel.
- (6) **Préciser** : Ancien personnel militaire ou fonctionnaire ou ouvrier de l'Etat ou agent contractuel
- (7) Procuration éventuelle pour paiement à un tiers (imprimé 520/53)

### CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

CODE MOTIF SECOURS

Dossier Unique (OUI/NON) : .....

**MONTANT SOLLICITÉ  
PAR LE DEMANDEUR**

**MONTANT PROPOSÉ PAR  
L'A.S.S.**