

Votre département d'inscription :

Votre numéro d'inscription :



DEMANDE D'ENTRAIDE ORDINALE NATIONALE

Fragilité psychologique d'origine professionnelle ou personnelle

Vous pouvez appeler le Numéro vert



Vous pouvez contacter une association de soutien confraternel :

- MOTS 06 08 28 25 89
- ASRA 0805 62 01 33
- IMHOTEP 06 98 38 27 76

Cochez les cases correspondantes

Procédure de protection juridique en cours **oui** **non**

Mesure de protection juridique prononcée **oui** **non**

Justificatifs

- Si protection juridique, copie du jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice

Demande présentée au titre de médecin inscrit au Tableau de l'Ordre

| | |
|---|--|
| Demandeur : Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> | |
| NOM | |
| PRENOM | |
| Nom d'époux/épouse | |
| Date de naissance | |
| Adresse postale | |
| Téléphone | |
| Mail | |
| Spécialité | |
| Mode d'exercice (libéral, hospitalier, salarié) | |

Conditions de logement

Êtes-vous (cochez la case correspondante) :

- Propriétaire
- Copropriétaire
- Locataire
- Usufruitier
- Logé à titre gracieux
- Logé en maison de retraite/foyer
- Autre (précisez) _____

Justificatifs

- photocopie livret de famille

Demande présentée au titre d'un tiers ou d'un ayant-droit d'un médecin inscrit au Tableau de l'Ordre

Précisez votre lien avec le médecin (familial, professionnel, etc) :

Si demande au titre d'un ayant-droit, précisez si ascendant, descendant, conjoint(e), ex-conjoint(e), veuf (ve) :

(Joindre la photocopie du livret de famille)

| | |
|---|--|
| Demandeur : Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> | |
| NOM | |
| PRENOM | |
| Nom d'époux/épouse | |
| Date de naissance | |
| Adresse postale | |
| Téléphone | |
| Mail | |

| | |
|---|--|
| Médecin : Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> | |
| Nom | |
| Prénom | |
| Nom d'époux/épouse | |
| Date de naissance | |
| En cas de décès, précisez la date | |
| Adresse postale | |
| Téléphone | |
| Adresse mail | |
| Spécialité | |
| Mode d'exercice (libéral, hospitalier, salarié) | |

Situation professionnelle au moment de la demande (cochez la ou les case(s) utile(s))

En activité professionnelle

- Activité salariée
- Activité libérale
- Activité hospitalière (précisez PH, contractuel, etc) :
- Retraite active

Sans activité professionnelle

- Retraite Date :
- Arrêt de travail Date de début :
Durée prévue ou prévisible : oui non
Si oui, indiquez la durée :
 - Maladie
 - Accident
 - Invalidité
 - Recherche d'emploi
 - Raison familiale
 - Suspension d'exercice
 - Ordinale
 - Judiciaire
 - Administrative

Justificatifs :
- arrêts de travail ou bulletins d'hospitalisation
- jugements
- le cas échéant les coordonnées du mandataire judiciaire

Situation familiale au moment de la demande

- Célibataire
- En couple
- Divorcé(e) (*Joindre copie du jugement du Juge des Affaires Familiales*)
- Divorcé(e)/remarié(e) (*Joindre copie du jugement du Juge des Affaires Familiales*)
- Veuf (ve) (*Joindre copie de l'acte de décès + informations sur le règlement de la succession*)
- Isolement social

| Personnes à charge | | | | |
|---------------------------|-----------------|--|-------------------|-----------------|
| Nom / prénom | Lien de parenté | Situation (étudiant, retraité, sans emploi...) | Date de naissance | Revenus propres |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Charges personnelles mensuelles (ou proratisées/mois)

| | |
|--|--|
| Loyer et charges locatives | |
| Charges de copropriété | |
| Frais d'hébergement en maison de retraite | |
| Frais de maintien à domicile (aide à domicile, aide-ménagère, téléassistance...) | |
| Taxe d'habitation (y compris redevance audiovisuelle) | |
| Taxe foncière | |
| Impôt sur le revenu | |
| Assurance habitation | |
| Assurance automobile | |
| Electricité - Gaz - Chauffage | |
| Téléphone / Internet | |
| Eau | |
| Frais de scolarité | |
| Pensions alimentaires versées | |
| Cotisations Mutuelle (si non déductible Madelin) | |
| Crédit personnel (hors immobilier) | |
| Prêt immobilier + assurance | |
| Salarié à domicile (salaires +charges) | |
| Prêt étudiant | |
| Plan de surendettement | |
| Autres dépenses (préciser) | |

Justificatifs :

- dernier avis d'imposition pour la taxe d'habitation, et le cas échéant, de la taxe foncière
- les 2 dernières quittances de loyer si vous êtes locataire
- les appels de charge en cas de copropriété (1 an)
- les 2 dernières factures pour les consommables domestiques (chauffage, téléphone, EDF, eau...)
- les appels de cotisations pour les assurances (domicile, véhicule, complémentaire santé,...)
- les tableaux d'amortissement des emprunts bancaires
- les justificatifs de la dépense correspondant à l'objet de la demande (devis, facture...)
- Les justificatifs des dettes
- Le plan de surendettement

Charges professionnelles mensuelles (ou proratisées/mois)

| | |
|---|--|
| Loyer et charges locatives | |
| Charges de copropriété | |
| Taxe foncière | |
| Taxe CFE | |
| Assurances | |
| Crédits et leasings (durée, mensualité, fin d'échéance) (Parts sociales, informatique, bureautique, local etc) | |
| RCP | |
| Electricité - Gaz - Chauffage | |
| Téléphone / Internet | |
| Eau | |
| Prévoyance | |
| Complémentaire Madelin santé | |
| Complémentaire Madelin Prévoyance | |
| Cotisation CARMF | |
| Cotisation URSSAF | |
| Salaires et charges | |
| Honoraires (comptable, avocat...) | |
| Sécurité/télesurveillance | |
| Autres charges professionnelles (préciser) | |

Justificatifs

- les appels de cotisations obligatoires (CARMF, URSSAF, RCP...)
- les appels de cotisations de votre (vos) organisme(s) de prévoyance complémentaire auprès desquels vous avez souscrit des garanties

Ressources

| Ressources (montants annuels perçus en euros) | | Perçu | Attendu (indiquer dans quel délai) |
|---|------------------------------------|-------|------------------------------------|
| Revenus d'activité | | | |
| Retraite | | | |
| Retraites complémentaires | | | |
| Pension de réversion | Régime des professions libérales | | |
| | Autres régimes | | |
| Prestations de la CAF | | | |
| Allocations | AAH, AEEH, PCH, ACTP, APA, ASPA... | | |
| Pension d'invalidité | | | |
| Indemnités journalières CARMF | | | |
| Indemnités journalières CPAM | | | |
| Indemnités journalières Prévoyance | | | |
| Revenus fonciers | | | |
| Revenus financiers | | | |
| Allocation chômage | | | |
| Prestation compensatoire | | | |
| Aide versée par les enfants | | | |
| Rente viagère | | | |
| Héritage | | | |
| Vente de biens mobiliers ou immobiliers | | | |
| Rente d'incapacité | | | |
| Rente d'assurance vie | | | |
| Autres revenus | | | |

Justificatifs :

- dernier avis d'imposition sur le revenu (*formulaire n°2042, toutes les pages*)
- les deux dernières déclarations fiscales professionnelles pour les libéraux (*formulaire n°2035, toutes les pages*)
- les 2 derniers bulletins de salaires
- les attestations de versement des prestations sociales, pensions de retraite, ou rentes (*2 mois*)
- les attestations de versement des I.J (indemnités journalières régime obligatoire et le cas échéant complémentaire) (*2 mois*)
- les 2 derniers relevés de comptes bancaires mensuels personnel et professionnel (*ou les 4 derniers par quinzaine*)
- les 2 derniers relevés des comptes Epargne

Aides perçues ou sollicitées au cours des 12 derniers mois (tous organismes)

| Organisme | Date de la décision | Nature de la décision (Accord/Refus/En cours/Montant) |
|--|---------------------|---|
| Centre d'action sociale ou mairie | | |
| Conseil départemental ordinal | | |
| Conseil départemental | | |
| Sécurité sociale | | |
| Institution de retraite complémentaire | | |
| Mutuelle ou prévoyance | | |
| CARMF | | |
| AFEM | | |
| Autres organismes (à préciser) | | |

Justificatifs :

Justificatifs des aides perçues ou demandées au cours des 12 derniers mois

Patrimoine

| Biens immobiliers | |
|--|-------------------|
| Bien | Valeur (en euros) |
| | |
| | |
| Biens mobiliers (actions, obligations, parts sociales ...) | |
| Bien | Valeur (en euros) |
| | |
| | |

Contexte de votre demande d'aide

Pouvez-vous estimer le montant de l'aide sollicitée : oui non

Si oui, montant _____ €

Merci de bien vouloir préciser votre demande :

Pour nous permettre de vous apporter la réponse la plus complète possible à votre demande, nous autorisez-vous à communiquer les éléments de votre dossier :

- A l'AFEM - oui non
- Au FAS CARMF - oui non
- A votre prévoyance - oui non
- Aux associations en lien avec le CNOM - oui non
- A tout partenaire social que nous estimerions utile - oui non

Attention : assurez-vous que votre dossier est complet pour en faciliter le traitement

La décision de la Commission nationale d'entraide ne pourra pas faire l'objet d'un recours devant les tribunaux.

Le certifie l'authenticité des pièces et renseignements fournis.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de déclaration mensongère à un organisme de protection sociale aux fins d'obtention d'une allocation, d'une prestation, d'un paiement ou d'un avantage indu (Article 441-6 du code pénal).

Information – Vos données personnelles

Les informations personnelles que vous transmettez au conseil départemental adéquat sont enregistrées et utilisées uniquement aux fins d'examiner votre demande de secours financier auprès du fonds d'entraide ordinale. Dans cette optique, elles seront ensuite transmises au Conseil national de l'Ordre des médecins. Le conseil départemental et le Conseil national de l'Ordre des médecins agissent dans le cadre de leurs missions légales et sont responsables de ce traitement de données, au sens du Règlement général de protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016 et de la loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978.

Certaines de ces informations sont des données sensibles, notamment des données de santé, et ne peuvent être traitées par le conseil départemental et le Conseil national qu'avec votre consentement exprès, que vous pouvez retirer à tout moment. Soyez informés qu'en l'absence de votre consentement, votre dossier sera étudié sans prendre en compte ces informations.

Seuls le personnel compétent et habilité du conseil départemental adéquat et du Conseil national, les membres de la Commission d'entraide et les sous-traitants assistants sociaux auront accès à ces informations. Elles seront conservées par le conseil départemental ou le Conseil national pendant une durée de deux ans à compter de la décision de la Commission. La décision de la Commission sera conservée pendant une durée de dix ans.

Vous disposez de droits sur les données vous concernant que vous pouvez exercer auprès du conseil départemental concerné ou auprès du Délégué à la protection des données du Conseil national à l'adresse : dpo@cn.medecin.fr. Vous bénéficiez notamment d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, ou encore d'opposition sous certaines conditions, ainsi que du droit de porter une réclamation à la CNIL, le cas échéant.

Si certaines informations concernent des tiers, il vous appartient de vous assurer de la non-opposition de ces tiers à la transmission de ces informations.

J'ai pris connaissance de la présente note d'information et je consens expressément au traitement des données sensibles me concernant.

Date

Signature obligatoire :

Observations du conseil départemental

Date et signature du responsable de l'entraide départementale

Renseignements et réception des dossiers :

Service d'Entraide

Conseil National de l'Ordre des Médecins

4 rue Léon Jost - 75855 PARIS CEDEX 17

Tél : 01.53.89.32.29

Mail : entraide@ordre.medecin.fr