



AMBASSADE DE FRANCE EN ALGERIE
**OFFICE NATIONAL DES ANCIENS COMBATTANTS
ET VICTIMES DE GUERRE**

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Important :

Il est rappelé à tout demandeur que les aides de l'ONACVG sont subsidiaires des aides de droit commun.

Affaire suivie par :

Fiche n° :.....

- Reçu par : - Courrier
 - Accueil

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date et lieu de naissance : Age :

Adresse :

.....

Téléphone : Email :



DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Fiche n° :

Date et lieu de naissance : Age :

Ville de résidence :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf (ve)
Séparé (e) Polygamie Autre (préciser) :

Nombre de personnes vivant au foyer :

Nombre d'enfants à charge : - Mineurs :

- Majeurs :

- Enfants handicapés :

Nombre d'enfants mariés (es) :

Nombre d'enfants ayant une profession :

Important : Joindre les justificatifs relatifs (carte d'handicapé, certificat de scolarité, etc.)

1-Quel est votre titre de ressortissant ? (joindre une photocopie)

Ancien combattant Titre de reconnaissance de la Nation Veuve Orphelin de guerre
Pupille de la nation Pensionné de guerre Victime des événements d'Algérie

Précisez au titre de quel conflit : 39/45 AFN Indochine OPEX

N° de la carte du combattant :

N° de la Retraite du Combattant :

N° de la Pension Militaire de Retraite :

N° de la Pension Militaire d'Invalidité : Taux :

N° de la carte d'orphelin de guerre :

N° de la carte du pupille de la Nation :

N° du titre de reconnaissance de la Nation (TRN) :

N° de l'allocation de victime des événements d'Algérie (VEA) :

2-Pour quel(s) motif(s) sollicitez-vous une aide financière auprès du service ONACVG ?

- Factures impayées (loyer, SONELGAZ...).
- Charges spécifiques (maintien à domicile, travaux pour l'amélioration de l'habitat...).
- Dépenses exceptionnelles (hospitalisation, obsèques, frais d'optique, frais dentaires, examens médicaux « radio, scanner, IRM »,...).
- Membre de la famille hospitalisé à domicile.
- Urgence médicale.
- Dépenses à charge liées à une maladie chronique.
- Autres :

Précisez ces motifs :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Important : Joindre les justificatifs relatifs à vos difficultés (factures impayées, lettres de rappel, certificats médicaux, factures pharmaceutiques, ...) ainsi qu'un R.I.P.

Vos ressources :

3-Quels sont les ressources mensuelles de l'ensemble des personnes vivant au foyer ?

RESSOURCES	VOUS	CONJOINTS	ENFANTS
Salaires			
Retraite principale / Reversions (CNR ou CASNOS ou CNAV)			
Retraites complémentaires mensuelles trimestrielles			
Pension militaire d'invalidité, pension de veuve de guerre			
Aide sociale communale			
Allocation Handicapé			
Indemnités journalières sécurité sociale			
Rente accident de travail			
Pension alimentaire perçue			
Bourses d'études			
Prestations familiales (allocations familiales,...)			
Revenus fonciers, capitaux mobiliers			
Autres (préciser)			
TOTAL DES RESSOURCES			

Important : Joindre votre dernier justificatif du dernier paiement de vos salaires, retraite, allocations... (vos 3 derniers relevés bancaires ou postaux, feuilles de paie, mandats, etc.)

Vos charges :

4- Quelles sont vos charges mensuelles ? (joindre les justificatifs)

CHARGES	MONTANT	DETTES	CHARGES	MONTANT	DETTES
Loyer ou frais d'accession à la propriété ou frais d'hébergement			Pension alimentaire versée		
SONELGAZ			Mutuelle		
Eau			Frais de maintien à domicile		
Téléphone, internet			Remboursement de prêts		
Assurances habitation véhicule			Mensualités des crédits à la consommation		
Impôts sur le revenu			Remboursement de prêts auprès d'un tiers		
Taxe d'habitation			Autres (préciser)		
TOTAL DES CHARGES					

5- Avez-vous perçu des aides exceptionnelles au cours des six derniers mois ?

oui

non

Si oui précisez la nature et l'organisme ayant attribué l'aide :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

Date

Signature de l'intéressé(e)