

AIDE FINANCIERE EXCEPTIONNELLE COVID-19

COTISANT

Nom : ..... Prénom : .....  
N° de Sécurité Sociale : |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|  
N° de compte : |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|  
Catégorie : Artisan/Commerçant  Profession Libérale  Auto-entrepreneur   
Adresse de domicile : .....  
Ville : ..... Code postal : |\_| |\_| |\_| |\_|  
☎ : |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| ☎ : |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|  
Courriel : .....  
Situation familiale : Célibataire  Marié(e)  En concubinage  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)   
Nombre de personnes à charge : |\_| |\_|  
Êtes-vous propriétaire de votre logement ? Oui  Non

ENTREPRISE

Nom de l'entreprise : .....  
Adresse de l'entreprise : .....  
Ville : ..... Code postal : |\_| |\_| |\_| |\_|  
Nature de l'activité principale : ..... Préciser l'activité de l'entreprise : .....  
Nombre de personnes travaillant dans l'entreprise (autre que le chef d'entreprise) : |\_| |\_|  
Êtes-vous propriétaire de vos locaux professionnels ? Oui  Non   
Exercez-vous une autre activité professionnelle ? Oui  Non

FOYER

Nom (conjoint) : ..... Prénom (conjoint) : .....  
Votre conjoint participe-t-il à l'activité de l'entreprise ? Oui  Non   
Si oui, quel est son statut ? .....  
Votre entreprise est la source directe et unique de revenus pour votre foyer : Oui  Non   
Avez-vous des enfants à charge de moins de 16 ans et/ou en situation de handicap : Oui  Non   
Bénéficiez-vous de minimas sociaux ? (Rsa, CMU-C ou Complémentaire Santé Solidaire, Prime d'activité, période de chômage dans les 6 derniers mois, ...) : Oui  Non

IMPACT CRISE COVID 19

- Cessation totale provisoire d'activité
- Réduction d'activité : si possible, estimation d'un % de réduction : ...

Chiffre d'affaires 2019 : .....€ - Revenu professionnel 2019 : .....€  
Chiffre d'affaires 2018 : .....€ - Revenu professionnel 2018 : .....€

- Votre entreprise a été créé avant le 1er mars 2019 : Perte de chiffres d'affaires en comparaison des deux périodes comprises entre le 1er - 31 mars 2019 et celle du 1er - 31 mars 2020 : ..... % de perte
- Votre entreprise a été créé après le 1er mars 2019 : Perte de chiffre d'affaires en comparaison entre le chiffre d'affaires mensuel moyen de la période allant de la date de création au 1er mars 2020 et celui du 1er - 31 mars 2020 : ..... % de perte

**Pièces justificatives à joindre :**

- RIB personnel
- Dernier avis d'imposition

En signant ce document, j'accepte que les informations recueillies me concernant soient conservées, et envoyées à d'autres organismes publics et j'accepte de recevoir des propositions d'aides et/ou d'offres de services.  
Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.

Fait à : ..... Le : .../.../.....  
Signature :