**Action Sociale**

**COTISANT**

Nom : ………………………………………..….………….… Prénom : …………………….…….……………….

N° de Sécurité Sociale : |\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

N° de compte TI (entre 12 et 18 caractères maximum) : |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Catégorie : Artisan/Commerçant (A/C) ☐ Profession Libérale (PL) ☐ Autoentrepreneur (A/C) ☐ Autoentrepreneur (PL) ☐

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 : ………………………...….

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/e) : ………………………………………….. Prénom (conjoint/e) : ………..…………..………..………………

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 : ☐ Oui ☐ Non

•Diminution du CA entre mars 2019 et mars 2020 : ….% / a bénéficié du fonds de solidarité de l’Etat : Oui ☐ Non ☐•Diminution du CA entre avril 2019 et avril 2020 : …. % / a bénéficié du fonds de solidarité de l’Etat : Oui ☐ Non ☐•Votre entreprise a été créée après le 1er mai 2019 : Perte de chiffre d’affaires en comparaison entre le chiffre d’affaires mensuelmoyen de la période allant de la date de création au 1e avril 2019 et celui du 1er - 31 avril 2019 : ….. % de perte

Chiffre d’affaires 2019 (si disponible) : ………………..€ - Revenu professionnel 2019 : ……………….€

Chiffre d’affaires 2018 : ………………..€ - Revenu professionnel 2018 : ……………….€

**Pièces justificatives à joindre :**

•RIB personnel

•Dernier avis d’imposition (accessible sur l’espace fiscal personnel https://www.impots.gouv.fr/portail/)

*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 être exempt de toute dette fiscale ou sociale impayée au 31 décembre 2019, à l’exception de celles bénéficiant d’un plan de règlement ainsi que de l’exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.*

***Fait à : ………………………. Le : .…/……/………***

*Signature*