****

**ENTRAIDE PARACHUTISTE**

***DEMANDE de SECOURS***

***(Modèle informatique)***

*(Renseignements confidentiels)*

**1/ DEMANDEUR *:*** *(CHEF de CORPS - Membre du CA de l’entraide - Président de catégorie - Président d’amicale - Correspondant départemental de l’entraide)*

* Grade (1) :
* Nom / Prénom :       /
* Unité (1) :
* Fonction :
* Adresse :

Code postal :       Ville :

* N°de téléphone : Fixe :     / Portable :     / Email :

**2/ AYANT DROIT :**

* Grade (1) ou dernier grade en service :
* Position statutaire :  Parachutiste active (TAP ou hors TAP) -  Ancien Parachutiste
* Nom / Prénom :       Date de naissance :
  + - N° de brevet Para (2) :       / date d’obtention :
    - Liste (3) des unités TAP :
    - Durée des services :

**3/ BENEFICIAIRE :**

* Mr.  . Mme  . Melle  .
* Nom / Prénom :      /
* Veuve de parachutiste *(si remariée, avec enfant(s) à charge de l’ayant droit)*
* Enfant -  Parent(s)
* Adresse personnelle :

Code postal :       Ville :

* N° de téléphone : Fixe :     / Portable :     / Email :
* Situation de famille :  Marié(e) -  Célibataire -  Concubinage -  Pacs -  Divorcé (e)
* Nombre d’enfant(s**) fiscalement** à charge :    - Age(s) :

**4/ SECOURS :**

* **Situation financière :** *(du couple - cette analyse doit être détaillée car elle peut conditionner le secours)*
  + Ressources mensuelles fixes :  € - Ressources aléatoires :       €
  + Dépenses mensuelles (contraintes) : Total :  €

Soit :  -      € pour : Loyer      € pour : Scolarité

-      € pour : Charges (eau-gaz-elec.)      € pour : Pension Alimentaire.

-      € pour : Impôts (IR. - Foncier)      € pour : Autre(s) :

-      € pour : Prêt(s)-Crédit(s)      € pour : Autre(s) :

* *(1) Si « active » - (2) Avec Photocopie pour tout personnel non active ou active hors TAP. - (3) liste de l’ensemble des unités TAP dans lesquelles il a servi.*
  + **Montant du secours demandé :** **€**
  + **Motif de la demande :** *(argumentaire détaillé)*

**5/ LE BENEFICIAIRE EST-IL TITULAIRE d’une Pension Militaire d’Invalidité :**

* Non  - Oui  - Si oui, quel taux**:** %- Allocation Grand invalide : Non  - Oui
* Allocation Grand mutilé : Non  - Oui  **- Obs. :**

**6/ DEMANDE AUPRES D’UN ORGANISME ou AUTRE ASSOCIATION *:*** *(CNMSS / Soins du blessé et du pensionné – ONAC – CABAT - ADO - Terre fraternité - Ailes brisées – Gueules cassées ou autres….)*

* Non  - Oui

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Si oui, auprès de qui : |  |  |  |  |
| Somme demandée : |  |  |  |  |

**7/ POLITIQUE DE CONFIDENTIALITE**

Les informations personnelles que vous nous fournissez ne sont conservées par la FNEP que dans le cadre de notre vocation d’assistance et de soutien.  
Nous nous engageons à ne pas divulguer ces informations et à ne pas les transmettre à des tiers.  Vous pouvez à tout moment user de votre droit de rétractation et demander la suppression de vos informations personnelles conformément à la loi RGPD du 25/05/2018.  
  Je reconnais avoir recueilli le consentement du bénéficiaire qui accepte que ses données puissent être utilisées pour sa demande de secours. Il a été informé de la possibilité de retirer son consentement.  
Informations complémentaires sur le traitement de vos données sur notre site internet.

**8/ AVIS de l’Autorité compétente***: CHEF DE CORPS / Président d’amicale / Correspondant départemental de l’Entraide)*

* **Date :**       - **Grade-Nom-Fonction-Signature :**