



## 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 <sup>(1)</sup> :
- Nom / Prénom : /
- Unité <sup>(1)</sup> :
- Fonction :
- Adresse :  
Code postal : Ville :
- N° de téléphone : Fixe : / Portable : / Email :

### **2/ AYANT DROIT :**

- Grade <sup>(1)</sup> ou dernier grade en service :
- Position statutaire :  Parachutiste active (TAP ou hors TAP) -  Ancien Parachutiste
- Nom / Prénom : Date de naissance :
  - o N° de brevet Para <sup>(2)</sup> : / date d'obtention :
  - o Liste <sup>(3)</sup> des unités TAP :
  - o 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)
  - o Ressources mensuelles fixes : € - Ressources aléatoires : €
  - o 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 :**