



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 :
 - o N° de brevet Para ⁽²⁾ : / date d'obtention :
 - o Liste ⁽³⁾ 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 :**