

**Demande
d'aide
exceptionnelle**

ASCE N° :

Renseignements concernant le demandeur :

Date :

Nom :		Prénom :		N°OLGUA :	
--------------	--	-----------------	--	------------------	--

Adresse administrative :					
Tél :		Adresse mail :			

Adresse personnelle :					
Tél :		Adresse mail :			

Situation familiale :					
Marié.e <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>	Veuf.ve <input type="checkbox"/>	Divorcé.e <input type="checkbox"/>	Séparé.e <input type="checkbox"/>	Concubin.e <input type="checkbox"/>

Calcul des revenus mensuels de référence	
A – Revenu fiscal de référence (voir avis d'imposition) =	
B – Soit mensuel (montant de -A- divisé par 12) =	
C – Nombre de parts FNASCE (voir calcul spécifique) =	
Revenu mensuel de référence FNASCE : (B : C) =	

Date et lieu du sinistre (ou catastrophe naturelle) :				
Département sinistré :		Oui	Non	En cours
Dégâts déclarés auprès de votre assurance ?		Oui	Non	En cours
Nom de votre assureur :				
Le bien concerné est-il assuré ?		Oui	Non	
Montant global des dégâts :				
Montant de la franchise :				
Aides accordées :				
Partenaires sociaux (CLAS, ASCE)		Oui	Non	En cours
Si oui, montant accordé :				
Autres aides :		Oui	Non	En cours
Si oui, montant accordé :				

Date de la demande :	Visa Président.e de l'ASCE :
Cachet de l'ASCE :	