

Direction des ressources humaines
du ministère de la Défense
Service de l'action sociale des armées

Imprimé n° 520/61
Circulaire n° 9529/ARM/SGA/DRH-MD
du 28 octobre 2020
Format 21 x 29,7
(recto-verso)

**DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE AU SÉJOUR DES FAMILLES DE RESSORTISSANTS
DE L'ACTION SOCIALE DES ARMÉES BLESSÉS ET HOSPITALISÉS**

(Une demande est à établir pour chaque accompagnant majeur)

1. LE DEMANDEUR

NOM : NOM de naissance :
Prénom(s) :
Né(e) le : à : Département ⁽¹⁾ :
Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone personnel :
Adresse électronique :

IDENTITÉ DU BLESSÉ : NOM : Prénom :
Né(e) le : à : Département ⁽¹⁾ :
STATUT DU BLESSÉ ⁽²⁾ : MILITAIRE GRADE : ARMÉE :
AGENT CIVIL

LIEN AVEC LE BLESSÉ ⁽²⁾ :

Epoux(se) Pacsé(e) Concubin(e) Descendant(e) direct(e) Ascendant(e) du 1^{er} degré
Collatéral(e) du 1^{er} degré Ascendant(e) du 2^{ème} degré AUTRE (préciser) :

Je souhaite que la décision d'attribution ou de refus d'attribution de ma demande d'aide financière au séjour des familles de ressortissants de l'action sociale des armées blessés et hospitalisés me soit adressée ⁽²⁾ :

Par voie postale ou Par courriel à l'adresse électronique sus mentionnée

2. DÉPENSES À PRENDRE EN COMPTE

DÉBUT DU SÉJOUR ⁽²⁾ : **Trajet aller** OUI NON
Restauration ⁽³⁾ OUI NON
Transports urbains OUI NON
Autres OUI NON

FIN DU SÉJOUR ⁽²⁾ :
(ou en cours de séjour)

Trajet aller	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Trajet(s) retour	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Hébergement	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Restauration	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Transports urbains ⁽⁴⁾	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autres	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

3. LISTE DES ACCOMPAGNANTS MINEURS CONCERNÉS PAR LA DEMANDE

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE BLESSÉ

4. MONTANT DE L'AIDE DEMANDÉE : euros

À verser, pour le montant de euros, sur le compte désigné au point 5.

À verser, en mon nom propre, au titre de l'hébergement, le montant de euros sur le compte indiqué sur la procuration jointe.

Nom et adresse du bénéficiaire :

Référence de la facture :

À verser, en mon nom propre, au titre de l'hébergement, le montant de euros sur le compte indiqué sur la procuration jointe.

Nom et adresse du bénéficiaire :

Référence de la facture :

(1) Ou collectivité d'outre-mer ou pays si né(e) hors de France.

(2) Cocher la case utile.

(3) Forfait correspondant à 10 jours d'indemnisation au conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin

(4) Si séjour supérieur à deux semaines.

5. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR.

Je soussigné(e),

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et des pièces justificatives fournies ;
- sollicite le bénéfice de la prestation sus-indiquée.

Ladite aide sera versée sur le compte bancaire suivant (joindre un RIB ou RIP) :

[.....] [.....]

IBAN

BIC

Nom et adresse de la banque :
.....

Fait à , le
Signature

6. PIÈCES À JOINDRE.

- Bulletin d'hospitalisation ;
- Justificatifs des frais engagés (trajet aller/retour, hébergement, autres) ;
- RIB ou RIP du compte à créditer ;
- Procuration en cas de paiement à un tiers (imprimé 520/62).

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION**MONTANT DÉJÀ PERÇU
PAR LE DEMANDEUR****MONTANT PROPOSÉ
PAR L'A.S.S**

Le montant proposé se répartit comme suit :

- trajet aller : € - transports urbains : € - hébergement : €

- restauration : € - trajet retour : € - autres frais : €

Dates de prise en charge : (Début du séjour) du au (En cours de séjour) du au (En fin de séjour) du au (En cas d'hospitalisation ambulatoire)