



MINISTÈRE DES ARMÉES

Secrétariat général pour l'administration
Direction des ressources humaines du ministère de la défense
Service de l'accompagnement professionnel et des pensions
Sous-direction de l'action sociale

RECTO
Imprimé n° 520/61
Circulaire n° 9406/ARM/SGA/DRHMD
du 6 avril 2018
Format 21 x 29,7
(recto-verso)

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE POUR LES FAMILLES DE RESSORTISSANTS DE L'ACTION SOCIALE DU MINISTÈRE DES ARMÉES BLESSÉS EN SERVICE ET HOSPITALISÉS

(Une demande est à établir pour chaque accompagnant majeur)

1. LE DEMANDEUR

NOM : PRÉNOMS :

NOM DE JEUNE FILLE (éventuellement) :

Né(e) le : à : CODE POSTAL :

ADRESSE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

TÉLÉPHONE :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE :

IDENTITÉ DU BLESSÉ : NOM : PRENOM :

Né(e) le : à :

STATUT DU BLESSÉ ⁽¹⁾ : MILITAIRE GRADE ARMÉE
AGENT CIVIL

LIEN AVEC LE BLESSÉ ⁽¹⁾ :

Epoux Partenaire lié par un PACS Concubin Descendant direct Ascendant du 1^{er} degré

Collatéral du 1^{er} degré Ascendant du 2^{ème} degré AUTRE (préciser)

2. DÉPENSES À PRENDRE EN COMPTE

DÉBUT DU SÉJOUR : Trajet aller OUI NON

Restauration⁽²⁾ OUI NON

Transports urbains OUI NON

Autres OUI NON

(1) Cocher la case utile

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

- FIN DU SÉJOUR :**
(ou en cours de séjour)
- Trajet aller** OUI NON
- Trajet (s) retour** OUI NON
- Hébergement** OUI NON
- Restauration** OUI NON
- Transports urbains ⁽³⁾** OUI NON
- Autres** OUI NON

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 (RIB, RIP, RICE) joint.

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 :

(3) si séjour supérieur à deux semaines

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.

Fait à, le

Signature

Pièces à joindre :

- Bulletin d'hospitalisation ;
- Justificatifs des frais engagés (trajet aller/retour, hébergement, autres) ;
- RIB 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)