

# Demande d'intervention du fonds d'action sociale

## Aide aux Cotisants en Difficulté (ACED)

### COTISANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_  
N° DE COMPTE URSSAF : \_\_\_\_\_  
CATÉGORIE : Artisan/Commerçant (A/C) Profession libérale (PL) - Cipav Autre profession libérale  
FORME JURIDIQUE : Auto-entrepreneur (AE) Travailleur indépendant (TI) au réel  
ADRESSE DE DOMICILE : \_\_\_\_\_  
VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_  
TÉL. FIXE : \_\_\_\_\_ TÉL. MOBILE : \_\_\_\_\_  
E-MAIL : \_\_\_\_\_  
SITUATION FAMILIALE : Célibataire Marié(e) En concubinage Pacsé(e) Séparé(e)/Divorcé(e) Veuf(ve)  
Vivez-vous seul(e) - isolé(e) ou en ménage ?  
NOMBRE DE PERSONNES À CHARGE : \_\_\_\_\_ dont nombre d'enfants : \_\_\_\_\_ précisez l'âge du ou des enfant(s) : \_\_\_\_\_  
Êtes-vous propriétaire de votre logement ? OUI NON  
Bénéficiez-vous de minima sociaux ? (Rsa, C2S, prime d'activité, ...) : OUI NON  
Votre demande est-elle en lien avec le dispositif d'accompagnement des travailleurs indépendants en difficulté HELP ?  
OUI NON

### ENTREPRISE

NOM DE L'ENTREPRISE : \_\_\_\_\_  
ADRESSE DE L'ENTREPRISE : \_\_\_\_\_  
VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_  
PRÉCISER L'ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE : \_\_\_\_\_  
Cette activité constitue-t-elle votre activité principale ? OUI NON  
Percevez-vous une pension retraite ? OUI NON  
NOMBRE DE SALARIÉS DANS L'ENTREPRISE : \_\_\_\_\_  
Êtes-vous propriétaire de vos locaux professionnels ? OUI NON Valeur estimée : \_\_\_\_\_  
Exercez-vous une autre activité professionnelle ? OUI NON  
Envisagez-vous une cessation de votre activité indépendante ? OUI NON

**CONJOINT / CONCUBIN**



NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

Votre conjoint/concubin participe-t-il à l'activité de l'entreprise ? OUI NON

Si oui, quel est son statut ? \_\_\_\_\_

Votre conjoint/concubin exerce-t-il une autre profession ? OUI NON

Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

Votre conjoint/concubin bénéficie-t-il de minima sociaux ? (Rsa, C2S, prime d'activité, ...) : OUI NON

**SITUATION FINANCIÈRE : RESSOURCES**

NATURE DE VOS RESSOURCES	MONTANT DE VOS RESSOURCES	MONTANT DES RESSOURCES DE VOTRE CONJOINT/CONCUBIN
Revenu estimé de l'année précédente *		
Revenu estimé de l'année en cours *		
BIC/BNC mensuel estimé (Chiffre d'Affaire)		
Allocations familiales mensuelles		
Revenus fonciers mensuels		
Autres revenus :		

\* Vous avez la possibilité d'ajuster votre revenu estimé directement en ligne.

**Bénéficiez-vous de délais de paiement (plan d'apurement) ?** Oui Non

**Si oui, sur combien d'échéances ?**

12 échéances mensuelles      24 échéances mensuelles      36 échéances mensuelles

Autre Précisez :      échéances mensuelles

**Vous êtes professionnel libéral exerçant une activité relevant de la Cipav :**

**Vous avez une dette concernant des cotisations retraite et invalidité-décès Cipav antérieures à 2023**

Oui Non

**SITUATION FINANCIÈRE : CHARGES ET/OU DETTES** (personnelles et/ou professionnelles)

NATURE DE VOS CHARGES PERSONNELLES	MONTANT GLOBAL MENSUEL
Mutuelle	
Loyers, charges d'habitation	
Emprunts	
Taxe foncière, taxe d'habitation	
Assurances	
Autres	

NATURE DE VOS CHARGES PROFESSIONNELLES	MONTANT GLOBAL MENSUEL

NATURE DE VOS DETTES PERSONNELLES	MONTANT GLOBAL MENSUEL

NATURE DE VOS DETTES PROFESSIONNELLES	MONTANT GLOBAL MENSUEL

**Décrivez les événements professionnels et/ou personnels à l'origine de vos difficultés financières** (merci d'apporter des éléments factuels, des illustrations concrètes à votre description) :

## PIÈCES JUSTIFICATIVES ET ATTESTATION SUR L'HONNEUR

### Pièces justificatives à transmettre avec le formulaire\* :

- Dernier avis d'imposition ou de non imposition de l'ensemble des membres du foyer ;
- Un justificatif de nature à éclairer sur les difficultés.

\* Le service action sociale de votre Urssaf pourra être amené à vous demander de transmettre d'autres pièces justificatives dans le cadre de l'instruction de votre demande.

### J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.

En transmettant ce formulaire, j'accepte que les informations recueillies me concernant soient conservées, et envoyées à d'autres organismes publics, et de recevoir des propositions d'aides et/ou d'offres de services.

Je m'engage à signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint/concubin et tout changement de domicile personnel et professionnel.

Fait à :

Le :

Signature :



L'auteur d'une fausse déclaration est passible d'une condamnation au titre de l'article 441-1 du code pénal.

Les informations recueillies pour le traitement de votre situation, font l'objet d'un traitement informatisé mis en œuvre par l'Urssaf. Elles seront accessibles uniquement par les personnes habilitées. Pour plus d'information, nous vous invitons à prendre connaissance des informations accessibles sur le site [urssaf.fr](http://urssaf.fr), onglet « politique de confidentialité ».

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et de limitation du traitement de vos données personnelles, sous réserve d'obligations légales.

Pour exercer vos droits, veuillez contacter le Délégué à la protection des données par courrier électronique à l'adresse [informatiqueetlibertes.acoss@acoss.fr](mailto:informatiqueetlibertes.acoss@acoss.fr)  
Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).