



A . F . E . M

168 rue de Grenelle
75007 - PARIS
Tél : 01 45 51 55 90
info@afem.net
www.afem.net

QUESTIONNAIRE D'ENTRAIDE STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Date d'envoi :/..../.... Date de retour :/..../.... Date de la 1ère aide :/..../....

N° de Dossier :

M E D E C I N

NOM :

Prénom :

Date de naissance : . . . / . . . /

Adresse personnelle :

..... Département :

Adresse professionnelle :

Département :

Tél domicile : Tél mobile :

e-mail : @

Date d'installation : . . . / . . . /

A C T I V I T E

Libérale : **Généraliste** **Spécialiste**
 Activité salariée annexe ; *Précisez :*

Hospitalière : Exclusive
 Avec activité libérale

Salariée : Titulaire
Précisez :

Autre : *Précisez :*

C E S S A T I O N D ' A C T I V I T E

Date : . . . / . . . /

Définitive : Cause : Décès Accident
 Maladie Maladie
 Suicide Physique
 Maladie Psychiatrique
 Retraite

Momentanée : Durée Prévisible :

Cause : Accident Physique
 Maladie Psychiatrique

J O I N D R E A C E D O S S I E R

- Les avis d'imposition des 2 dernières années (médecin et conjoint),
- Les derniers bulletins de salaire (médecin et conjoint)
- Une lettre manuscrite pour toute information ou précision à apporter à ce formulaire

DEMANDEUR DE L'AIDE (conjoint, enfant ou autre)

NOM : **Prénom :**
Date de naissance : . . . / . . . /
Adresse personnelle :
..... Département :
Tél domicile : . . . / . . . / . . . / . . . / . . . Tél mobile : . . . / . . . / . . . / . . . / . . .
e-mail :@.....

Profession

Adresse professionnelle.....
..... Département :
Téléphone bureau : . . . / . . . / . . . / . . . / . . .

Qualité : Le médecin lui-même le conjoint Enfants (*nombre :*) Autre : précisez.

Situation : Veuf(ve) Célibataire Marié(e) Remarié(e) Divorcé(e)

ENFANTS A CHARGE

<p>NOM Prénom</p> <p>.....</p> <p>Date de naissance</p> <p>...../...../.....</p> <p>Etudes</p> <p>Type :</p> <p>Ville : Dpt :</p> <p>Niveau :</p> <p>Tel portable</p> <p>...../...../...../...../.....</p> <p>e-mail</p> <p>.....</p>
--

<p>NOM Prénom</p> <p>.....</p> <p>Date de naissance</p> <p>...../...../.....</p> <p>Etudes</p> <p>Type :</p> <p>Ville : Dpt :</p> <p>Niveau :</p> <p>Tel portable</p> <p>...../...../...../...../.....</p> <p>e-mail</p> <p>.....</p>
--

<p>NOM Prénom</p> <p>.....</p> <p>Date de naissance</p> <p>...../...../.....</p> <p>Etudes</p> <p>Type :</p> <p>Ville : Dpt :</p> <p>Niveau :</p> <p>Tel portable</p> <p>...../...../...../...../.....</p> <p>e-mail</p> <p>.....</p>
--

<p>NOM Prénom</p> <p>.....</p> <p>Date de naissance</p> <p>...../...../.....</p> <p>Etudes</p> <p>Type :</p> <p>Ville : Dpt :</p> <p>Niveau :</p> <p>Tel portable</p> <p>...../...../...../...../.....</p> <p>e-mail</p> <p>.....</p>
--

	Médecin	Conjoint	Enfants
Revenus professionnels € € €
Retraites € € €
Allocation CARMF € € €
Allocation IRCANTEC € € €
Pensions alimentaires € € €
Pensions (invalidité ou autres) € € €
Indemnités journalières : (précisez si CARMF, Sécurité sociale, ou autres) € € €
Revenus fonciers € € €
Revenus mobiliers € € €
Bourses d'études € € €
Allocations logement, APL € € €

AIDES DEJA ATTRIBUEES

Conseil départemental : Année(s) : Montant :€
 Conseil régional : Année(s) : Montant :€
 Conseil National : Année(s) : Montant :€
 Groupe Pasteur Mutualité : Année(s) : Montant :€
 MACSF : Année(s) : Montant :€
 Autres organismes (préciser) Année(s) : Montant :€

A C T I F

Propriétaire des lieux : - Résidence principale (estimation) €
 - Résidence secondaire (estimation) €
 Capital Décès - CARMF (à demander) €
 - SS (à demander) €
 - Mutuelle €
 Assurance vie €
 Placements ou autres actifs €

PASSIF**CHARGES ACTUELLES DE LA FAMILLE** *Chiffres annuels*

URSSAF	.....	.....	€
CARMF	.....	.....	€
IMPOTS	Revenu .....	.....	€
	Habitation .....	.....	€
	Foncier .....	.....	€
	CSG .....	.....	€
LOYERS	Parents.....	.....	€
	Enfants.....	.....	€
ASSURANCES	Habitation.....	.....	€
	Automobile.....	.....	€
FRAIS D'ETUDES ENFANTS	Enfant 1.....	.....	€
	Enfant 2.....	.....	€
	Enfant 3.....	.....	€
COTISATIONS MUTUELLES	.....	.....	€
PENSIONS ALIMENTAIRES	.....	.....	€

EMPRUNTS PERSONNELS

	Date de souscription	Montant de l'emprunt	Durée
IMMOBILIER	. . . / . . . / . . .		
EQUIPEMENT			
AUTRES			
Montant TOTAL des mensualités	.....€	Montant du solde à régler€

Couvert par assurance : Oui Non

EMPRUNTS PROFESSIONNELS

	Date de souscription	Montant de l'emprunt	Durée
IMMOBILIER	. . . / . . . / . . .		
EQUIPEMENT	. . . / . . . / . . .		
AUTRES			
Montant TOTAL des mensualités	.....€	Montant du solde à régler€

Couvert par assurance : Oui Non

J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité.

Date

Signature du demandeur