

QUESTIONNAIRE D'ENTRAIDE STRICTEMENT CONFIDENTIEL

ANNEE : CONSEIL DEPARTEMENTAL DE :

DEMANDEUR BÉNÉFICIAIRE :

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE : TÉL. :

.....

ADRESSE PROFESSIONNELLE : TÉL. :

.....

QUALITE

Le médecin lui-même ☐
Conjoint(e) ☐
Enfant(s) ☐ Nombre :
Autre ☐ Précisez :

SITUATION DU DEMANDEUR :

Veuve ou veuf ☐
Célibataire ☐
Marié(e) ☐
Remarié(e) ☐ Date :
Divorcé(e) ☐ Date :
Profession - actuelle :
- secondaire :
Profession du conjoint :

ENFANTS – Nombre :

	Nom/Prénom	Date de naissance	A charge		Situation ou niveau scolaire universitaire
			OUI	NON	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE EVENTUELLEMENT A CHARGE :

MÉDECIN

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE : TÉL. :

.....

ADRESSE PROFESSIONNELLE : TÉL. :

.....

ANNEE DE THÈSE DATE D'INSTALLATION

ACTIVITÉ :

- **LIBÉRALE**
 - Généraliste ☐
 - Spécialiste ☐
 - Secteur conventionnel 1 ☐ 2 ☐ HC ☐
 - Caisse d'affiliation SS ☐ AMPI ☐
 - Activité salariée annexe ☐
 - Précisez :
- **HOSPITALIÈRE**
 - Exclusive ☐
 - Avec activité libérale ☐
- **SALARIE :**
 - Titulaire ☐ Non titulaire ☐
 - Précisez :
- **AUTRE :** ☐ Précisez :

CESSATION D'ACTIVITÉ : DATE :

- **DÉFINITIVE** ☐ **CAUSE**
 - Décès ☐ Accident ☐
 - Maladie ☐
 - Suicide ☐
 - Maladie ☐ Physique ☐
 - Psychiatrique (L460) ☐
 - Retraite ☐
- **MOMENTANÉE** ☐ **DURÉE PRÉVISIBLE :**
CAUSE
 - Accident ☐
 - Maladie : Physique ☐
 - Psychiatrique (L460) ☐
 - Sanction disciplinaire ☐
 - Décision judiciaire ☐
 - Incarcération ☐
 - Autres ☐ Précisez :
- DIMINUTION D'ACTIVITÉ :** ☐
CAUSE
 - Etat de santé : Maladie ☐
 - Accident ☐
 - Conjoncture ☐
- SURENDETTEMENT :** ☐

SITUATION FINANCIÈRE : (précisez les chiffres par année euros)

PASSIF :	Charges <u>annuelles</u>	Dettes à ce jour
• URSSAF :	€	€
• CARMF :	€	€
• Impôts : Revenu.....	€	€
Locaux	€	€
• Loyer :	€	€
• EDF :	€	€
• Téléphone :	€	€
• Eau :	€	€
• Chauffage :	€	€
• Pension alimentaire :	€	€
• Emprunts : Totaux	€	€
dont - Équipement :	€	€
- Immobilier :	€	€
• Autres dettes :	€	€

ACTIF :	
• Immobilier :	€
• Assurance vie :	€
• Vente du cabinet :	€
• Autre :	€
• Propriétaire des habitations : principale	€
Secondaire	€

REVENUS ACTUELS DE LA FAMILLE (Chiffres annuels)

	Médecin	Conjoint	Enfants	€
• Revenus libéraux :				€
• Salaire :				€
• Allocations CARMF				€
• Indemnités journalières :				€
• Pension (invalidité ou autres)				€
• Retraite :				€
• Bourse d'étude :				€
• Rente, loyers, fermages :				€
• Allocations familiales :				€
• Allocations logement :				€
• Autres :				€

Joindre les avis d'imposition des deux dernières années (médecin et demandeur)

AIDES DÉJÀ ATTRIBUÉES :

- Famille : €
- Conseil départemental : année(s) montant : €
- Conseil National : année(s) montant : €
- AFEM : année(s) montant : €
- AGMF : année(s) montant : €
- Autre : année(s) montant : €

AVIS MOTIVÉ DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL :

Autorisez-vous le Conseil de l'Ordre à transmettre les informations contenues dans ce document à la Commission du Fonds d'Action Sociale de la C.A.R.M.F. :

OUI ☐ NON ☐