

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
- **SALARIÉ :**
 - 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