

## 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)

<b>PASSIF :</b>	<b>Charges <u>annuelles</u></b>	<b>Dettes à ce jour</b>
• 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)**

	<b>Médecin</b>	<b>Conjoint</b>	<b>Enfants</b>	<b>€</b>
• 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