

Action sociale – Demande d'information pour l'instruction de votre demande d'action sociale dans le cadre de la crise sanitaire.

### Rappel de vos informations personnelles et de contact

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Numéro d'affiliation Cipav : CI - \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ - Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

### Détail de votre situation personnelle/professionnelle au regard de la crise sanitaire Covid-19

*Merci de préciser votre situation personnelle ou professionnelle.*

J'ai bénéficié du fonds de solidarité de l'État : Oui  Non

Si oui, merci d'indiquer le montant total attribué : \_\_\_\_\_ €

### Situation 1 : Mon chiffre d'affaires a été fortement impacté par la Covid-19

Mon chiffre d'affaires a été impacté par la crise sanitaire.

Dans ce cas, nous vous remercions de renseigner les informations ci-dessous.

Merci d'indiquer le montant de votre chiffre d'affaires HT (en €) sur la période demandée.	
Montant du CA HT du <u>1<sup>er</sup> semestre 2020</u> (janvier à juin 2020)	Montant du CA HT du <u>1<sup>er</sup> semestre 2019</u> (janvier à juin 2019)
_____ €	_____ €
	Montant mensuel moyen de votre CA HT de l'année 2019 ( <i>uniquement en cas de début d'activité libérale à compter du 01/06/2019</i> ) :
	_____ €

## Situation 2 : J'ai été en arrêt maladie après avoir contracté la Covid-19

J'ai été personnellement infecté par le virus et en situation d'arrêt maladie

Date de début de l'arrêt maladie : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - Date de fin de l'arrêt maladie : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dans ce cas, nous vous remercions de transmettre votre justificatif médical (par exemple, arrêt maladie, attestation médicale, attestation de versement d'indemnités journalières, bulletin d'hospitalisation).

## Situation 3 : J'ai été endeuillé dans le cadre de la crise sanitaire

J'ai été endeuillé dans le cadre de la pandémie (parents, enfants, conjoint).

Date de décès : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Dans ce cas, nous vous remercions de transmettre le certificat de décès.

*J'atteste l'exactitude des informations transmises. La Cipav pourra effectuer des contrôles a posteriori.*

*En cas d'erreur manifeste ou de fausse déclaration, la Cipav se réserve le droit d'exiger le reversement total ou partiel des sommes perçues au titre de la subvention.*

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature

Vous venez de remplir votre demande d'action sociale permettant de mieux comprendre votre situation personnelle et professionnelle.

Nous vous remercions de l'adresser de préférence via votre espace personnel Cipav (rubrique messagerie sécurisée ; thème « ma demande de prestation » ; objet « compléter mon dossier d'action sociale »).

Par ailleurs, nous vous remercions de joindre impérativement à votre demande :

- votre RIB personnel ;
- la copie intégrale de votre avis d'imposition 2020 sur les revenus 2019 ;
- le/les justificatif(s) lié(s) à votre situation (justificatif médical, certificat de décès, etc.).