



ENTRAIDE PARACHUTISTE

DEMANDE de SECOURS

(A remplir manuellement)

(Renseignements confidentiels)

1/ DEMANDEUR : (CHEF de CORPS - Membre du CA de l'entraide - Président de catégorie - Président d'amicale - Correspondant départemental de l'entraide)

- Grade ⁽¹⁾ :
- Nom / Prénom : /
- Unité ⁽¹⁾ :
- Fonction :
- Adresse ⁽³⁾ :
Code postal : Ville :
- N°de téléphone : Fixe : / Portable : / Email :

2/ BENEFICIAIRE :

- Grade ⁽¹⁾ : ou Mr. . Mme . Melle .
- Nom / Prénom : /
- Position statutaire : Parachutiste active (TAP et hors TAP) - Ancien Parachutiste
- Veuve de parachutiste (si remariée, avec enfant(s) à charge de l'ayant droit)
- Enfant - Parent(s)
 - o Nom / Prénom de l'Ayant droit :
 - o N° de brevet Para ⁽²⁾ : / date d'obtention :
 - o Dernier corps TAP :
- Adresse personnelle ⁽³⁾ :
Code postal : Ville :
- N°de téléphone ⁽³⁾ : Fixe : / Portable : / Email :
- Situation de famille : Marié(e) - Célibataire - Concubinage - Pacs - Divorcé (e)
- Nombre d'enfant(s) à charge : - Age(s) :

3/ SECOURS :

- **Situation financière :** (cette analyse doit être détaillée car elle peut conditionner le secours)
 - o Ressources mensuelles fixes : € - Ressources aléatoires : €
 - o Dépenses mensuelles (contraintes) : Total : €
 - Soit : - € pour : Loyer € pour : Scolarité
 - € pour : Charges (eau-gaz-elec.) € pour : Pension Alimentaire.
 - € pour : Impôts (IR.-Foncier-Hab.) € pour : Autre(s) :
 - € pour : Prêt(s)-Crédit(s) € pour : Autre(s) :

- (1) Si « active » - (2) Avec Photocopie pour tous personnels non active ou active hors TAP. - (3) Pour les personnels non « active »

- **Montant du secours demandé :** €
- **Motif de la demande :** *(argumentaire détaillé)*

4/ LE BENEFICIAIRE EST-IL TITULAIRE d'une Pension Militaire d'Invalidité :

- Non - Oui - Si oui, quel taux : % - Allocation Grand invalide : Non - Oui
- Allocation Grand mutilé : Non - Oui - **Obs. :**

5/ DEMANDE AUPRES D'UN ORGANISME ou AUTRE ASSOCIATION : *(CNMSS / Soins du blessé et du pensionné – ONAC – CABAT - ADO - Terre fraternité - Ailes brisées....)*

- Non - Oui

Si oui, auprès de qui :				
Somme demandée :				

6/ AVIS de l'Autorité compétente : *CHEF DE CORPS / Président d'amicale / Correspondant départemental de l'Entraide)*

- **Date :**

- **Grade-Nom-Fonction-Signature :**