



## FONDS DE DOTATION ANCRE SOLIDARITÉ

La création du Fonds de Dotation ANCRE SOLIDARITE a été décidée par le Conseil d'Administration de l'ANCRE le 14 juin 2021. Il a été officiellement créé le 19 octobre 2021. C'est une entité juridique disposant d'un Conseil d'Administration et d'un Comité de Sélection et d'Attribution décideur de l'aide accordée.

Le Fonds a pour vocation d'aider les personnes en situation d'invalidité, de maladie, ou en grande détresse qui n'ont pas les ressources nécessaires pour faire face à leurs besoins. Le Conseil d'Administration de l'ANCRE a souhaité que le Fonds intervienne sur des besoins lourds et critiques que peu d'organismes prennent en compte et, en conséquence, sur des montants plus élevés (de 3 000 à 10 000 euros).

Ces montants sont accordés après attribution des autres acteurs sociaux habituels, en mettant tout le soin nécessaire à l'examen des demandes.

L'analyse des dossiers par le Comité de Sélection et d'Attribution se fait une fois par mois, et plus rapidement dans les situations d'urgence.

Un bon renseignement du Document d'Aide Financière est la meilleure garantie d'une réponse que nous nous attachons à rendre rapidement. ANCRE SOLIDARITE vous en remercie.

## FONDS DE DOTATION ANCRE SOLIDARITÉ

### Demande d'aide financière

Pour la bonne étude de votre dossier par le Comité de Sélection et d'Attribution, merci de compléter les éléments suivants :

#### 1. IDENTITÉ DU DEMANDEUR

M.  Mme. Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom marital : \_\_\_\_\_ Date de naissance [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Ville : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)

Activité salariée \_\_\_\_\_  Indépendant relevant des TNS

En activité depuis le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Nom et adresse de l'entreprise \_\_\_\_\_

En maladie\* depuis le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

En invalidité reconnue par la CDAPH, taux de l'invalidité\* : \_\_\_\_\_

En chômage

En préretraite depuis le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  En retraite depuis le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Autre situation, préciser : \_\_\_\_\_

*\*Ces informations sont précisées si besoin dans la partie motivation de la demande.*

Si vous êtes adhérent de l'association ANCRE, précisez votre numéro d'adhérent : \_\_\_\_\_

#### 2. IDENTITÉ DU CONJOINT OU PACSÉ(E)

M.  Mme. Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom marital : \_\_\_\_\_ Date de naissance [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Activité salariée \_\_\_\_\_  Indépendant relevant des TNS

En activité depuis le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Nom et adresse de l'entreprise \_\_\_\_\_

En maladie\* depuis le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

En invalidité reconnue par la CDAPH, taux de l'invalidité\* : \_\_\_\_\_

En chômage

En préretraite depuis le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  En retraite depuis le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Autre situation, préciser : \_\_\_\_\_

*\*Ces informations sont précisées si besoin dans la partie motivation de la demande.*



## 6. POUR CETTE DEMANDE, RECEVEZ-VOUS DES AIDES EXTÉRIEURES POUR COUVRIR UNE PARTIE DES DÉPENSES SOLLICITÉES ?

Par exemple : couverture de la CPAM, d'une complémentaire santé, du Conseil départemental, bénéfice d'une assurance privée individuelle (contrat décès, de prévoyance, de dépendance...).

Montant perçu	Organisme	Périodicité (le cas échéant)
€		
€		
€		

- Je joins le courrier des organismes cités m'informant de l'attribution de leur aide.  
 J'ai recours à une assistante sociale. Êtes-vous  Propriétaire  Locataire.

## 7. MONTANT DE L'AIDE SOLLICITÉE

- Je sollicite une aide de \_\_\_\_\_ € (minimum 3 000 € - maximum 10 000 €)

**En signant cette demande, je déclare sur l'honneur que les ressources du foyer ne permettent pas de financer la demande exprimée au paragraphe 5.**

## 8. REVENUS DU FOYER

Pièces à fournir :

- Dernier bulletin de salaire, ou attestation Pôle Emploi.  Joindre toute pièce utile à l'analyse du dossier.  
 Avis d'imposition du demandeur et des enfants établissant leur propre déclaration de revenus et vivant au foyer.

## 9. CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES PERSONNELLES TRANSMISES

Les données personnelles collectées par le Fonds de dotation ANCRE SOLIDARITE, en tant que responsable du traitement, sont traitées dans le cadre de la gestion des demandes d'aide matérielle ou financière aux personnes physiques en situation d'invalidité, de maladie ou de grande détresse. Ce traitement est fondé sur l'intérêt légitime du Fonds de dotation ANCRE SOLIDARITÉ de poursuivre son objet tel que décrit dans ses statuts.

Les données personnelles sont traitées en conformité avec les principes de protection des données personnelles tels que posés par le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques au regard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (ci-après le « RGPD ») et à la loi Informatique et modifiée (ci-après la « Réglementation applicable à la protection des données »).

Les données sont conservées pendant une durée de 4 ans à compter de la notification de la décision. Dans le cas où un dossier n'est pas retenu, celui-ci est restitué au demandeur.

Les données personnelles (hors données de santé) sont accessibles au Comité de Sélection et d'Attribution du Fonds de dotation ANCRE SOLIDARITÉ.

Les données de santé figurant notamment sur les justificatifs médicaux sont accessibles uniquement au médecin du Comité de Sélection et d'Attribution du Fonds, soumis au secret médical, pour avis. À ce titre, les justificatifs médicaux doivent être directement envoyés au médecin par voie postale à l'adresse suivante : ANCRE SOLIDARITÉ – Médecin conseil – 27, bd des Italiens – 75002 Paris, ou par voie électronique à l'adresse suivante : [medecinancresolidarite@ancre-vie.com](mailto:medecinancresolidarite@ancre-vie.com).

Conformément à la Réglementation applicable à la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement aux données personnelles vous concernant en adressant un courrier électronique à l'adresse suivante : [rgpd@ancre-vie.com](mailto:rgpd@ancre-vie.com)

Vous disposez également de la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) si vous l'estimez nécessaire.

- Je consens à ce que mes données de santé soient transmises au Comité de Sélection et d'Attribution du Fonds de dotation ANCRE SOLIDARITE pour l'étude et le suivi de ma demande de soutien matériel et financier.

Fait à \_\_\_\_\_

Signature du demandeur

Le \_\_\_\_\_

**Secret  
Médical**

Timbrer  
au tarif  
lettre

Médecin ANCRE Solidarité  
27, boulevard des Italiens  
75002 PARIS



**Strictement  
confidentiel**

Timbrer  
au tarif  
lettre

Secrétariat ANCRE Solidarité  
27, boulevard des Italiens  
75002 PARIS

