

Votre département d'inscription :

Votre numéro RPPS:



# DEMANDE D'ENTRAIDE ORDINALE

## Demande d'ordre financier, en raison :

### De difficultés personnelles

- Santé
- Familial
- Trésorerie
- Endettement/surendettement
- Autre (précisez)

### De difficultés professionnelles

- Difficultés dans l'exercice
- Endettement/surendettement
- Procédure collective ou liquidation judiciaire
- Baisse ou cessation d'activité
- Suspension d'activité par décision judiciaire, administrative ou ordinale (joindre la décision)
- Autre (précisez)

### D'évènements climatiques ou pandémiques/épidémiques impactant l'activité

## Demande autre :

### Bilan de compétence/Reconversion

Dans la profession

Hors profession

Organisme déjà contacté :                    oui                    non

Si oui, lequel :

Financement envisagé :

Formation diplômante :                    oui                    non

Si oui :                    Diplôme d'Etat                    oui                    non

                                 Diplôme universitaire                    oui                    non

Durée de formation :

Avancée du projet :

### **Fragilité psychologique d'origine professionnelle ou personnelle**

- Vous pouvez appeler le Numéro vert : 0800 288 038 pour être orienté vers la Hotline de psychologues
- Vous pouvez contacter une association de soutien confraternel :
  - MOTS 06 08 28 25 89
  - ASRA 08 05 62 01 33
  - IMHOTEP 06 98 38 27 76

Vous souhaitez être contacté directement avec un psychologue. Nous transmettons votre demande et votre numéro de téléphone

---

***Procédure de protection juridique en cours :***            ***oui***            ***non***

***Mesure de protection juridique prononcée :***            ***oui***            ***non***

#### Justificatifs

- Si protection juridique, copie du jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice

## Demande présentée au titre de médecin inscrit au Tableau de l'Ordre

Médecin demandeur :	Madame	Monsieur
Nom		
Prénom		
Nom d'époux/épouse		
Date de naissance		
Adresse postale		
Téléphone		
Mail		
Spécialité		
Mode d'exercice (libéral, hospitalier, salarié)		

## Conditions de logement

Êtes-vous (cochez la case correspondante) :

- Propriétaire
- Copropriétaire
- Locataire
- Usufruitier
- Logé à titre gracieux
- Logé en maison de retraite/foyer
- Autre (précisez)

## Justificatifs

- Livret de famille

**Demande présentée au titre d'un tiers ou d'un ayant-droit d'un médecin inscrit au Tableau de l'Ordre**

Précisez votre lien avec le médecin (Familial, professionnel, etc.)

Si ayant-droit:                      Ascendant                      Descendant                      Conjoint(e)                      Ex-conjoint(e)                      Veuf (ve)

(Joindre la photocopie du livret de famille)

<b>Demandeur :</b>	<b>Madame</b>	<b>Monsieur</b>
Nom		
Prénom		
Nom d'époux/épouse		
Date de naissance		
Adresse postale		
Téléphone		
Mail		

<b>Médecin :</b>	<b>Madame</b>	<b>Monsieur</b>
Nom		
Prénom		
Nom d'époux/épouse		
Date de naissance		
En cas de décès, date		
Adresse postale		
Téléphone		
Mail		
Spécialité		
Mode d'exercice (libéral, hospitalier, salarié)		

## Situation professionnelle au moment de la demande

### En activité professionnelle

Activité salariée

Activité libérale

Activité hospitalière (précisez PH, contractuel, etc) :

Retraite active

### Sans activité professionnelle

Retraite

Date :

Arrêt de travail

Date de début :

Durée prévue ou prévisible :

oui

non

Si oui, indiquez la durée :

Maladie

Accident

Invalidité

Recherche d'emploi

Raison familiale

Suspension d'exercice :

Ordinale

Judiciaire

Administrative

### Justificatifs :

- Arrêts de travail ou bulletins d'hospitalisation
- Jugements
- Le cas échéant les coordonnées du mandataire judiciaire

## Situation familiale au moment de la demande

Célibataire

En couple

Divorcé(e) *(Joindre copie du jugement du Juge des Affaires Familiales)*

Divorcé(e)/remarié(e) *(Joindre copie du jugement du Juge des Affaires Familiales)*

Veuf (ve) *(Joindre copie de l'acte de décès + informations sur le règlement de la succession)*

Isolement social

### Personnes à charge

Nom / prénom	Lien de parenté	Situation (étudiant, retraité, sans emploi...)	Date de naissance	Revenus propres

## Charges personnelles mensuelles (ou proratisées/mois)

Loyer et charges locatives	
Charges de copropriété	
Frais d'hébergement en maison de retraite	
Frais de maintien à domicile (aide à domicile, aide-ménagère, téléassistance...)	
Taxe d'habitation (y compris redevance audiovisuelle)	
Taxe foncière	
Impôt sur le revenu	
Assurance habitation	
Assurance automobile	
Electricité - Gaz - Chauffage	
Téléphone / Internet	
Eau	
Frais de scolarité	
Pensions alimentaires versées	
Cotisations Mutuelle (si non déductible Madelin)	
Crédit personnel (hors immobilier)	
Prêt immobilier + assurance	
Salarié à domicile (salaires +charges)	
Prêt étudiant	
Plan de surendettement	
Autres dépenses (préciser)	

### Justificatifs :

- Dernier avis d'imposition pour la taxe d'habitation, et le cas échéant, de la taxe foncière
- Les 2 dernières quittances de loyer si vous êtes locataire
- Les appels de charge en cas de copropriété (1 an)
- Les 2 dernières factures pour les consommables domestiques (chauffage, téléphone, EDF, eau...)
- Les appels de cotisations pour les assurances (domicile, véhicule, complémentaire santé,...)
- Les tableaux d'amortissement des emprunts bancaires
- Les justificatifs de la dépense correspondant à l'objet de la demande (devis, facture...)
- Les justificatifs des dettes
- Le plan de surendettement

## Charges professionnelles mensuelles (ou proratisées/mois)

Loyer et charges locatives	
Charges de copropriété	
Taxe foncière	
Taxe CFE	
Assurances	
Crédits et leasings (durée, mensualité, fin d'échéance) (Parts sociales, informatique, bureautique, local, etc.)	
RCP	
Electricité - Gaz - Chauffage	
Téléphone / Internet	
Eau	
Prévoyance	
Complémentaire Madelin santé	
Complémentaire Madelin Prévoyance	
Cotisation CARMF	
Cotisation URSSAF	
Salaires et charges	
Honoraires (comptable, avocat...)	
Sécurité/télésurveillance	
Autres charges professionnelles (préciser)	

### Justificatifs

- Les appels de cotisations obligatoires (CARMF, URSSAF, RCP...)
- Les appels de cotisations de votre (vos) organisme(s) de prévoyance complémentaire auprès desquels vous avez souscrit des garanties

## Ressources

Ressources (montants annuels perçus en euros)		Perçu	Attendu (indiquer dans quel délai)
Revenus d'activité			
Retraite			
Retraites complémentaires			
Pension de réversion	Régime des professions libérales		
	Autres régimes		
Prestations de la CAF			
Allocations	AAH, AEEH, PCH, ACTP, APA, ASPA...		
Pension d'invalidité			
Indemnités journalières CARMF			
Indemnités journalières CPAM			
Indemnités journalières Prévoyance			
Revenus fonciers			
Revenus financiers			
Allocation chômage			
Prestation compensatoire			
Aide versée par les enfants			
Rente viagère			
Héritage			
Vente de biens mobiliers ou immobiliers			
Rente d'incapacité			
Rente d'assurance vie			
Autres revenus			

### Justificatifs :

- Dernier avis d'imposition sur le revenu (*formulaire n°2042, toutes les pages*)
- Les deux dernières déclarations fiscales professionnelles pour les libéraux (*formulaire n°2035, toutes les pages*)
- Les 2 derniers bulletins de salaires
- Les attestations de versement des prestations sociales, pensions de retraite, ou rentes (*2 mois*)
- Les attestations de versement des I.J (indemnités journalières régime obligatoire et le cas échéant complémentaire) (*2 mois*)
- Les 2 derniers relevés de comptes bancaires mensuels personnel et professionnel (ou les 4 derniers par quinzaine)
- Les 2 derniers relevés des comptes Epargne

## Aides perçues ou sollicitées au cours des 12 derniers mois (tous organismes)

Organisme	Date de la décision	Nature de la décision (Accord/Refus/En cours/Montant)
Centre d'action sociale ou mairie		
Conseil départemental ordinal		
Conseil départemental		
Sécurité sociale		
Institution de retraite complémentaire		
Mutuelle ou prévoyance		
CARMF		
AFEM		
Autres organismes (à préciser)		

### Justificatifs :

- Justificatifs des aides perçues ou demandées au cours des 12 derniers mois

## Patrimoine

Biens immobiliers	
Bien	Valeur (en euros)
Biens mobiliers (actions, obligations, parts sociales ...)	
Bien	Valeur (en euros)

## Contexte de votre demande d'aide

Pouvez-vous estimer le montant de l'aide sollicitée :      oui                  non

Si oui, montant :                                  €

Merci de bien vouloir préciser votre demande :

Pour nous permettre de vous apporter la réponse la plus complète possible à votre demande, nous autorisez-vous à communiquer les éléments de votre dossier :

-	A l'AFEM	oui	non
-	Au FAS CARMF	oui	non
-	A votre prévoyance	oui	non
-	Aux associations en lien avec le CNOM	oui	non
-	A tout partenaire social que nous estimerions utile	oui	non

**Attention : assurez-vous que votre dossier est complet pour en faciliter le traitement**

La décision de la Commission d'entraide ne pourra pas faire l'objet d'un recours devant les tribunaux.

Le demandeur certifie l'authenticité des pièces et renseignements fournis.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de déclaration mensongère à un organisme de protection sociale aux fins d'obtention d'une allocation, d'une prestation, d'un paiement ou d'un avantage indu (Article 441-6 du code pénal).

**Information – Vos données personnelles**

*Les informations personnelles que vous transmettez au conseil départemental adéquat sont enregistrées et utilisées uniquement aux fins d'examiner votre demande de secours financier auprès du fonds d'entraide ordinale. Dans cette optique, elles seront ensuite transmises au Conseil national de l'Ordre des médecins. Le conseil départemental et le Conseil national de l'Ordre des médecins agissent dans le cadre de leurs missions légales et sont responsables de ce traitement de données, au sens du Règlement général de protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016 et de la loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978.*

*Certaines de ces informations sont des données sensibles, notamment des données de santé, et ne peuvent être traitées par le conseil départemental et le Conseil national qu'avec votre consentement exprès, que vous pouvez retirer à tout moment. Soyez informés qu'en l'absence de votre consentement, votre dossier sera étudié sans prendre en compte ces informations.*

*Seuls le personnel compétent et habilité du conseil départemental adéquat et du Conseil national, les membres de la Commission d'entraide et les sous-traitants assistants sociaux auront accès à ces informations. Elles seront conservées par le conseil départemental ou le Conseil national pendant une durée de deux ans à compter de la décision de la Commission. La décision de la Commission sera conservée pendant une durée de dix ans.*

*Vous disposez de droits sur les données vous concernant que vous pouvez exercer auprès du conseil départemental concerné ou auprès du Délégué à la protection des données du Conseil national à l'adresse : [dpo@cn.medecin.fr](mailto:dpo@cn.medecin.fr). Vous bénéficiez notamment d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, ou encore d'opposition sous certaines conditions, ainsi que du droit de porter une réclamation à la CNIL, le cas échéant.*

*Si certaines informations concernent des tiers, il vous appartient de vous assurer de la non-opposition de ces tiers à la transmission de ces informations.*

*J'ai pris connaissance de la présente note d'information et je consens expressément au traitement des données sensibles me concernant ou concernant le médecin.*

Date

Signature obligatoire :

Une fois ce formulaire complété, vous pouvez choisir de l'envoyer soit à votre Conseil Départemental, soit au Conseil National en suivant l'une des procédures suivantes:

## Envoi au Conseil Départemental

Pour l'envoi à votre Conseil Départemental, vous pouvez utiliser la Messagerie Espace Médecin à l'adresse suivante:

<https://messagerie.ordre.medecin.fr>



Attachez simplement le formulaire ainsi que les justificatifs dans une nouvelle conversation et celle ci sera prise en compte.

## Envoi au Conseil National

Pour l'envoi au Conseil National, envoyez votre demande comprenant le formulaire ainsi que les justificatifs dans un e-mail à destination de l'adresse

[entraide.cn@ordre.medecin.fr](mailto:entraide.cn@ordre.medecin.fr)

et celle ci sera prise en compte.

### **Renseignements**

**Service d'Entraide National**

**Conseil National de l'Ordre des Médecins**

4 rue Léon Jost - 75855 PARIS CEDEX 17

Tél : 01 53 89 32 29

Mail : [entraide.cn@ordre.medecin.fr](mailto:entraide.cn@ordre.medecin.fr)