Ordre des Sages-Femmes
CONSEIL NATIONAL

FORMULAIRE D'ENTRAIDE ORDINALE

L'entraide s'adresse aux sages-femmes qui sont confrontées à des difficultés ponctuelles d'ordre financier, social, professionnel, personnel ou relatives à l'état de santé de la sage-femme. Cette aide peut ainsi être financière, morale ou consister en un accompagnement pour faire face aux difficultés rencontrées par la sage-femme.
Le présent questionnaire porte sur une demande d'entraide financière uniquement.

IDENTITÉ

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ... / ... / .....

Adresse personnelle : .....

..... Tél : .....

Adresse professionnelle : .....

..... Tél : .....

Numéro RPPS : ..... Conseil départemental d'inscription : .....

SITUATION DU DEMANDEUR

Célibataire ○

Marié(e) ○ Dates : ... / ... / .....

Pacsé(e) ○ Dates : ... / ... / .....

Veuf ou veuve ○ Dates : ... / ... / .....

Concubinage ○ Dates : ... / ... / .....

ENFANT(S) – Nombre

	Nom/Prénom	Date de naissance	À charge		Situation ou niveau scolaire/universitaire
			Oui	Non	
1		/ /	○	○	
2		/ /	○	○	
3		/ /	○	○	
4		/ /	○	○	
5		/ /	○	○	

Autres membres de la famille éventuellement à charge : .....

MODE D'EXERCICE

◯ Libéral : ☐ Exclusif ☐ Temps partiel : ..... %

◯ Mixte -> Précisez : .....

◯ Fonction publique : ☐ Exclusif ☐ Titulaire
(hospitalière ou territoriale) ☐ Contractuel
☐ Temps partiel : ..... %

◯ Salariée secteur privé : ☐ Exclusif ☐ CDD ☐ CDI
☐ Temps partiel : ..... %

◯ Autre activité -> Précisez : .....

◯ Retraité.e

MOTIF DE LA DEMANDE

◯ Difficultés personnelles :
- ☐ Santé
- ☐ Autre -> Précisez : .....

◯ Difficultés professionnelles :
- ☐ Endettement/surendettement
- ☐ Procédure collective (mesures de sauvegarde ou redressement judiciaire ou liquidation judiciaire)
- ☐ Autres difficultés dans l'exercice -> Précisez : .....

Les difficultés pour lesquelles vous sollicitez l'Ordre ont-elles entrainée une cessation d'activité ?

◯ Non ◯ Oui, totale -> Depuis (date) ... / ... / ... ◯ Oui, partielle -> Depuis (date) ... / ... / ...

Vous pouvez préciser le motif de votre demande ci-après (ou en annexe si l'espace n'est pas suffisant) :

1. Si la sage-femme n'est pas en mesure de faire la demande (incapacité...), un proche peut s'en charger

SITUATION FINANCIÈRE

Revenus libéraux :	€	Rente, loyers, fermages :	€
Salaires :	€	Allocations familiales :	€
Pension (invalidité ou autre) :	€	Allocations logement :	€
Retraite :	€	Autres :	€
Bourse d'étude :	€		

Joindre les avis d'imposition ~~2042 et 2035~~ des deux dernières années.

AIDES DÉJÀ ATTRIBUÉES

☐ Conseil départemental Année(s) ..... Montant : ..... €

☐ Conseil interrégional Année(s) ..... Montant : ..... €

☐ Conseil national Année(s) ..... Montant : ..... €

☐ Assurances (garanties pertes de revenus, dommages aux biens...) ..... €

☐ Indemnités (précisez si CARCDSF, sécurité sociale ou autre) ..... €

☐ Protection fonctionnelle pour les sages-femmes hospitalières ..... €

☐ Autre ..... Année(s) ..... Montant : ..... €

AIDES DEMANDEES (en cours)

☐ Conseil départemental Année(s) ..... Montant : ..... €

☐ Conseil interrégional Année(s) ..... Montant : ..... €

☐ Conseil national Année(s) ..... Montant : ..... €

☐ Assurances (garanties pertes de revenus, dommages aux biens...) ..... €

☐ Indemnités (précisez si CARCDSF, sécurité sociale ou autre) ..... €

☐ Protection fonctionnelle pour les sages-femmes hospitalières ..... €

☐ Autre ..... Année(s) ..... Montant : ..... €

Montant sollicité dans la cadre de votre demande : ..... €

DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE DE VOTRE DOSSIER, LE CONSEIL NATIONAL SE RÉSERVE LE DROIT DE VOUS CONTACTER POUR TOUTE DEMANDE COMPLÉMENTAIRE.

Pour être orienté vers une aide psychologique et de soutien, vous pouvez appeler également le numéro vert 0 800 288 038 ou consulter le site de l'association MOTS : https://www.association-mots.org/

Les informations transmises et pièces justificatives dans le cadre de votre demande d'entraide ordinale sont strictement confidentielles et sont traitées uniquement aux fins de gestion de votre demande. Ainsi, toute donnée personnelle transmise par vos soins est traitée en conformité avec les principes de protection des données personnelles tels que posés par le RGPD et la Loi Informatique et Libertés.

J'atteste sur l'honneur que les déclarations, ci-dessus, sont conformes à la vérité.

Date et signature du demandeur ..... / ..... / .....