



Syndicat  
Liberté  
Santé

## Aide Financière Personnelle



A remplir par le représentant de l'association

### ASSOCIATION

Représentée par

Notre association dont l'un des objets est d'apporter soutien et aide aux soignants en difficulté du fait de l'obligation vaccinale, a identifié en lien avec l'antenne locale du SLS, un personnel « suspendu » en grande difficulté auxquels nous destinons ce transfert de don

Nom

Prénom

Profession

Structure  
professionnelle  
(Nom, Ville)

Nous vous proposons de vous associer, en tant que Syndicat Liberté Santé, à cet engagement de soutien en nous communiquant le montant de l'aide que vous pourriez consentir pour cette personne.  
à l'adresse électronique suivante :

Date de la demande



Syndicat  
Liberté  
Santé

## Aide Financière Personnelle



A remplir par le bénéficiaire

### SITUATION ACTUELLE DU BENEFICIAIRE

Quelle est votre situation professionnelle actuelle?

Date

Etes-vous en arrêt de travail?  Oui  Non

Depuis quand?

Percevez vous des indemnités journalières de Sécurité sociale?  Oui  Non

Vos ressources actuelles du foyer (par mois)

Combien êtes-vous dans le foyer?

Nbre Adultes

Nbre Enfants



Souhaitez vous ajouter quelque chose?