



**MINISTÈRE
DES ARMÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Certifié conforme à l'original produit

BULLETIN OFFICIEL DES ARMÉES



Édition Chronologique n° 12 du 9 février 2024

TEXTE RÉGLEMENTAIRE PERMANENT

Texte 5

ERRATUM

à la CIRCULAIRE N° 19764/ARM/SGA/DRH-MD du 22 décembre 2023 relative au soutien social.

Du 31 janvier 2024

ERRATUM à la CIRCULAIRE N° 19764/ARM/SGA/DRH-MD du 22 décembre 2023 relative au soutien social.

Du 31 janvier 2024

NOR A R M S 2 4 0 0 2 0 0 Z

Pièce(s) jointe(s) :

Deux annexes.

Texte(s) modifié(s) :

↳ [Circulaire N° 19764/ARM/SGA/DRH-MD du 22 décembre 2023 relative au soutien social.](#)

Référence de publication :

La circulaire N° 19764/ARM/SGA/DRH-MD du 22 décembre 2023 relative au soutien social est modifiée comme suit :

L'annexe IV est remplacée par l'annexe IV jointe.

L'annexe VII est remplacée par l'annexe VII jointe.

Le reste sans changement.

ANNEXES

ANNEXE IV. IMPRIMÉ N° 520/49 : DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE.



**MINISTÈRE
DES ARMÉES**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des ressources humaines
du ministère de la Défense
Service de l'action sociale des armées

Secrétariat général
pour l'administration

Imprimé n° 520/49
Circulaire n° 10764/ARM/SGA/DRH/MD
du 22 décembre 2023
Format 21 x 29,7
(recto-verso)

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Secours (1) Prêt social (1)

I - RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEMANDEUR.

NOM : NOM de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le : à : Département (2) :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone professionnel : Téléphone personnel :

Adresse électronique :

Situation familiale (1) : Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e) Célibataire

Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e)

Armée, direction ou service d'appartenance (1) :

Terre Marine Air et Espace SGA EMA et services communs DGA Gendarmerie

Etablissement public (2) :

Autres (3) :

LIEN AVEC LE MINISTÈRE DES ARMÉES OU AVEC LA GENDARMERIE (1)

<p><input type="checkbox"/> EN ACTIVITÉ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affectation • Catégorie professionnelle (6) • Date d'entrée en service • Date prévue de fin d'activité ou de contrat <p><input type="checkbox"/> RETRAITÉ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depuis le • Nombre d'années de service au ministère ou à la gendarmerie <p><input type="checkbox"/> AUTRES (par exemple ancien personnel (7)) :</p>	<p><input type="checkbox"/> CONJOINT SURVIVANT (4) depuis le :</p> <p><input type="checkbox"/> ORPHELIN</p> <p><i>Renseignements concernant le conjoint décédé (5) ou le parent décédé :</i></p> <p><input type="checkbox"/> EN ACTIVITÉ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affectation • Catégorie professionnelle (6) <p><input type="checkbox"/> RETRAITÉ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depuis le • Nombre d'années de service au ministère ou à la gendarmerie
---	---

COMPOSITION DE LA FAMILLE (en distinguant les personnes vivant au domicile (D) du demandeur et hors du domicile (HD))

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	D ou H D	DATE ET LIEU DE NAISSANCE	SITUATION PROFESSIONNELLE SCOLARITÉ

Désignation caisse de Sécurité Sociale : Désignation Mutuelle :

OBJET DE LA DEMANDE (vous indiquerez les raisons pour lesquelles l'aide financière est sollicitée et joindrez les pièces justificatives)

.....

.....

.....

.....

.....

MONTANT DE L'AIDE DEMANDÉE (1) :

SECOURS : PRÊT SOCIAL :
(avec durée de remboursement)

VERSEMENT DE L'AIDE (1) :

SECOURS : *A verser soit par chèque, soit par chèque social, soit sur le compte suivant (RID, RIP (joint) ou à un tiers (8))*
[.....] [.....]

Nom et adresse de la banque :
IBAN BIC

PRÊT SOCIAL : *Conformément aux modalités de l'imprimé 520/52*

Je souhaite que la décision d'attribution ou la lettre de refus d'attribution de ma demande d'aide financière me soit adressée (1) :

Par voie postale ou Par méi à l'adresse électronique sus mentionnée

Recto

II. DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL.

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'usage interne de l'action sociale des armées et de l'organisme chargé du paiement des prestations dont la finalité est : la gestion et le suivi de l'accompagnement social, des demandes d'aides et de prestations d'action sociale délivrées au profit des ressortissants du ministère des armées et l'élaboration de statistiques aux fins de pilotage de la politique d'action sociale du ministère des armées en vue d'améliorer la qualité du service rendu aux ressortissants.

La durée de conservation des informations est de deux ans après la dernière intervention effectuée pour le ressortissant puis ces informations sont anonymisées et reversées pour archivage.

Conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation de vos données.

En cas de demande d'accès à vos données traitées par le SIAS et en cas de demande de rectification de ces données, vous devez vous adresser, par courrier postal, à l'assistant de service social dont vous dépendez qui transmettra votre demande au service de l'action sociale des armées pour décision.

Si vous vous opposez au traitement de vos données, cette prestation, présente dans le SIAS, ne peut vous être délivrée.

III. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR.

Je soussigné(e) :

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et des pièces justificatives fournies et m'engage, si l'aide est accordée, à l'utiliser dans les conditions fixées en accord avec l'assistant de service social ;
- reconnais avoir été informé(e) que les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique dans le système d'information de l'action sociale (SIAS) destiné à l'usage interne de l'action sociale des armées et de l'organisme chargé du paiement des prestations ;
- sollicite le bénéfice de la prestation sus-indiquée.

Fait à le
Signature

- (1) Cocher la case utile
- (2) Ou collectivité d'outre-mer ou pays si né(e) hors de France.
- (3) Indiquer obligatoirement et clairement le nom de l'établissement ou de l'organisme.
- (4) Conjoint survivant, partenaire lié par un pacte civil de solidarité survivant ou concubin survivant, n'ayant pas repris de vie commune.
- (5) Conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin.
- (6) Préciser : Officier. Sous-officier. MDR – Réserviste. Volontaire. – Fonctionnaire Cat. A, B, ou C. Ouvrier de l'État. Agent contractuel.
- (7) Préciser : Officier général 2^{ème} section, ancien militaire ou fonctionnaire ou ouvrier de l'Etat ou agent contractuel
- (8) Procuration éventuelle pour paiement à un tiers (imprimé 520/53)

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION	
[] CODE MOTIF SECOURS	
Dossier Unique (OUI/NON) :	
MONTANT SOLLICITÉ PAR LE DEMANDEUR	[] MONTANT PROPOSÉ PAR L'A.S.S.

ANNEXE VII.

IMPRIMÉ N° 520/52 : DOSSIER DE PRÊT SOCIAL.



Direction des ressources humaines
du ministère de la Défense
Service de l'action sociale des armées

Secrétariat général
pour l'administration

Imprimé n° 520/52
Cirulaire n° 19764/ARM/SGADRH-MD
du 22 décembre 2023
Format 21 x 29,7
(recto-verso)

DOSSIER DE PRÊT SOCIAL

Je soussigné (e),

NOM : NOM de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le : à : Département (1) :

Adresse :

Code postal : Commune :

N° de téléphone professionnel : N° de téléphone personnel :

Adresse électronique :

Situation familiale (2) :

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

NOM de naissance et prénom du conjoint (3) :

Né(e) le : à : Département (1) :

Ancienneté de services : Date de fin de services ou limite d'âge :

- sollicite un prêt social d'un montant de qui sera versé sur le compte suivant (4) :

{ } [.....]
IBAN BIC

Nom et adresse de la banque :

- souhaite souscrire une assurance facultative sur la tête de mon conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin (2) :

OUI NON

Verso

RENSEIGNEMENTS SUR LA CAUTION (à remplir obligatoirement par les bénéficiaires âgés de 71 ans et plus)

NOM : NOM de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le : à : Département (1) :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone professionnel : Téléphone personnel :

Adresse électronique :

Situation familiale (2) :

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

Nom de naissance et prénom du 2^e membre du couple (3) :

Né(e) le : à : Département (1) :

DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'usage interne de l'action sociale des armées et de l'organisme chargé du paiement des prestations dont la finalité est : la gestion et le suivi de l'accompagnement social, des demandes d'aides et de prestations d'action sociale délivrées au profit des ressortissants du ministère des armées et l'élaboration de statistiques aux fins de pilotage

