**COMMUNAUTE D’AGGLOMERATION DE LENS LIEVIN - COVID 19 - FONDS D'URGENCE ECONOMIQUE**

**ENTREPRISE**

Nom de l’entreprise :

N° de SIRET / SIREN : ………………………………………………………………….

Adresse de l’entreprise :

Ville : Code postal : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|

Courriel : ……………………………………………. Numéro de Tél Fixe ……………………………. Tél Portable : …………………………….

Date et lieu de l'immatriculation : ………………………………………………………….

Adresse du siège social (si différente de l’adresse de l’entreprise) : ……………………………………………….

Ville : …………………………………………………...Code postal : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|

Code NAF + Préciser l'activité de l’entreprise : …………………………………………………………………………………………………….

Est-ce votre activité principale : □ Oui □ Non

Votre activité a-t-elle été soumise à l’obligation de fermeture : …… Ou subit-elle une activité restreinte :  … ?

Effectif : …………………………………………….

Avez-vous mis en place du chômage partiel ? □ Oui □ Non □ Une partie des salariés

Si pour une partie ? Combien de salariés concernés ? …………………………………………………………………..

Êtes-vous propriétaire de vos locaux professionnels ? □ Oui □Non

Si vous êtes locataire de vos locaux professionnels, montant de la location mensuelle : ……………………………………

CA Mensuel : Janv 2019 : ……………. Fév 2019 : .................. Mars 2019 : ……………….

CA Mensuel : Janv 2020 : ................. Fév 2020 : ………………. Mars 2020 : ………… Avril 2020 : ………...

Etes-vous éligible à l’aide de 1500 € du fonds de solidarité ? □ Oui □ Non

Si Non, Pourquoi : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Etablissement bancaire + Nom et coordonnées de votre conseiller : ………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Expert-comptable + Nom et coordonnées de votre conseiller : ……………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**DIRIGEANT**

Nom : ………………………………………………………… Prénom : ……………………………………………………………

Fonction : ……………………… Date de Naissance : … / … / ……. Lieu de Naissance : ………………………………….

Adresse de domicile : …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Ville : …………………………………………………………. Code postal : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|

Courriel : ………………………………………………. Numéro de Tél …./.…/…. /…./….

Situation familiale : Célibataire Marié(e) En concubinage Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Nombre d’enfants à charge : ………………………………………..

Etes-vous indemnisé par Pôle Emploi ? □ Oui □ Non Si oui, date de fin d’indemnisation ARE : …………………………

**CONJOINT**

Nom : ……………………………………………………………. Prénom : …………………………………………

Votre conjoint participe-t-il à l’activité de l’entreprise ? □ Oui □ Non

Si oui, quel est son statut ? ……………………………………………........

**DEMANDE DE PRET**

Montant du prêt sollicité : ………………………………………………………………

Durée de prêt sollicitée : □ 12 mois □ 24 mois

Différé de prêt sollicitée : □ 6 mois □ 12 mois

**CHARGES ET/OU DETTES (PROFESSIONNELLES ET/OU PERSONNELLES)**



**DECRIVEZ VOTRE DIFFICULTE ET LA NATURE DE VOS BESOINS**

**Quelles actions avez-vous prévues, à l’issue de la période de confinement, pour encourager la relance de votre activité ?**

**Pièces justificatives à joindre :**

- Copie des 3 derniers relevés de comptes de l’entreprise et des deux derniers bilans de l’entreprise

- Déclaration sur l’honneur de l’exactitude des renseignements

- 2 derniers bilans de l’entreprise

- Attestations de régularité fiscale et sociale ou les justificatifs de report d’échéances ou d’étalement de charges sollicités auprès des impôts et de l’Urssaf, ou moratoire CCSF

*Pour permettre l'instruction du dossier, vous vous engagez à fournir toutes les pièces demandées par le référent de votre dossier*

- Un justificatif d’identité

- Un extrait Kbis

- Un RIB pro pour permettre le versement de l’aide

- Tout justificatif de nature à éclairer sur les difficultés

- Dernier avis d’imposition

***J’atteste sur l’honneur*** *l’exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.*

***Fait à : Le : ….../…../...****Signature :*

*Le traitement de vos données à caractère personnel est mis en œuvre conformément aux dispositions de la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen (UE) dit RGPD n°2016/679. Conformément à ces textes vous bénéficiez notamment d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au délégué à la protection des données de l'organisme dont vous dépendez.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Renseignements pour attribution fonds d'urgence CALL** | | | | | | |
|
|
|  |  |  |  |  |  |  |
| *Nom de la structure* | | |  | | | |
| *Numéro SIRET :* | | |  |  |  |  |
| Date de création : | | |  | | | |
| *Montant du CA 2019 :* | | |  | | | |
| *Nombre de mois du CA 2019 :* | | |  | | | |
| *Montant du CA en avril 2019:* | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Quelles démarches avez-vous déjà réalisées? OUI/NON** | | | | | | |
|
| Report d'échéances de crédit | | | | | |  |
| Report des cotisations sociales | | | | | |  |
| Report des cotisations fiscales | | | | | |  |
| Mesures de chômage partiel | | | | | |  |
| Fonds de solidarité de 1 500 € | | | | | |  |
| Prêt de trésorerie garanti par l’Etat | | | | | |  |
| Suspension des loyers | | | | | |  |
| Autres aides | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Charges des 3 prochains mois non couvertes par rentrées** | | | | **MOIS 1** | **MOIS 2** | **MOIS 3** |
| Achats | | | |  |  |  |
| Autres achats et charges externes | | | |  |  |  |
| Loyers | | | |  |  |  |
| Salaires | | | |  |  |  |
| Rémunération dirigeant | | | |  |  |  |
| Intérêts et assurances des prêts | | | |  |  |  |
| TOTAL | | | | 0 | 0 | 0 |
| **Cumul besoin de trésorerie sur 3 mois** | | | | | | **0** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Nom, Prénom | |  |  |  |  |  |
| Signature et date | |  |  |  |  |  |
| (Certifié conforme) | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |