

Demande d'aide financière

Merci de remplir électroniquement, d'imprimer et de signer ce formulaire, et de l'envoyer, muni des annexes requises, à l'adresse :

Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR), Administration des fonds, Case postale, 3001 Berne

PERSONNE DEMANDEUSE

Nom			
Prénom			
Adresse			
Code postal / lieu			
Adresse électronique			
Téléphone			
Nationalité		Date de naissance	
État civil	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié·e <input type="checkbox"/> divorcé·e <input type="checkbox"/> veuf·ve		
Sexe	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	Nombre d'enfants	
Date d'entrée		Date de la décision d'asile	
Statut de séjour	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> S		

ORGANISATION DEMANDEUSE

Nom de l'organisation	
Adresse	
Code postal / lieu	
Personne de contact	
Adresse électronique	
Téléphone	

DEMANDE

Coûts totaux	CHF
Propre prestation unique éventuelle	CHF
Prestations de tiers	CHF voir annexe 2 (prestations de tiers)
Montant demandé	CHF
Affectation	

SOUTIEN PRÉCÉDENT DE L'OSAR

La personne demandeuse a-t-elle déjà obtenu un soutien financier de l'OSAR ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, à quelle fin ? Quand ?	

Les personnes signataires confirment l'exactitude des données fournies et sont à tout moment soumises à une obligation de renseignement envers l'OSAR.

Tout montant approuvé et versé par l'OSAR ne peut être utilisé qu'aux fins indiquées dans la décision.

Si le montant approuvé et versé n'est pas intégralement utilisé aux fins indiquées dans la décision, le montant restant doit être remboursé à l'OSAR.

Lieu, date

.....

Prénom, nom de la personne demandeuse

.....

Prénom, nom de la personne de contact de l'organisation demandeuse

Contact

Cécile Delbays

Téléphone 031 370 75 75

fonds@osar.ch

Annexe 1

Budget (en CHF)		
Revenus mensuels	Client·e	Partenaire
Salaire net		
Aide sociale		
Aide d'urgence		
Bourses		
Prestation d'assurance (AVS/AI, caisse de pension, assurance-accidents, indemnités journalières, prestations complémentaires)		
Pension alimentaire		
Total client·e, total partenaire	0	0
Total des deux partenaires	CHF 0.00	
Dépenses mensuelles	Client·e	Partenaire
Subsistance (moyens librement à disposition)		
Loyer (brut)		
Caisse-maladie		
Assurances		
Impôts		
Dépenses professionnelles		
Pension alimentaire, obligation régulière envers des tiers		
Taux de poursuite ou de liquidation (dettes)		
Total client·e, total partenaire	0	0
Total des deux partenaires	CHF 0.00	
Revenus après déduction des dépenses (total des deux partenaires)	CHF 0.00	

Annexe 2

(l'annexe 2 est obligatoire pour toute demande de montant supérieur à CHF 1000.00)

Prestations de tiers

Institution / fondation sollicitée	Montant octroyé	Refus	Demande en suspens
	CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>