**FONDS D’URGENCE CAMVS AUX ENTREPRISES COVID-19**

**Fiche de renseignements**

**A remplir par l’entreprise**

NOM DE L’ENTREPRISE :……………………………………………………………………………………….

Nom et prénom du dirigeant :……………………………………………………………………………………..

Fonction :………………………………………………………………………………………………………….

Adresse de l’entreprise : ..........................................................................................................................

Code postal : ........................ Commune : .........................................................................

Tél. fixe: ............................................................. téléphone mobile : ......................................................

E-mail : ......................................................................................................................................

NAF / APE : ...............................................................................................................................

Activité principale : ..............................................................................................................

N°SIREN : ...................................................................................................................................

Adresse complète du siège social : .............................................................................. ........................................................................................................................................................

Adresse du local d’activité (si différente du siège social) : ........................................................................................................................................................

Date d’immatriculation au RCS / RM : ....................................................................................

Forme juridique de la société : ......................................................................................

**Renseignements sur l’entreprise :**

1. **A remplir par l’expert-comptable :**

Nom du cabinet :

Adresse :

Code postal : Ville :

Nom et prénom du référent :

Téléphone :

Mail :

Les renseignements ci-dessous sont destinés à mesurer le besoin de l’entreprise et constitueront la base sur laquelle le comité d’agrément prendra sa décision

**Si demande déposée au titre de novembre 2020 :**

**CA** :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2019 | 2020 | Variation 2019-2020 en % |
| Octobre |  |  |  |
| Novembre |  |  |  |

**Nombre de salariés (hors chef d’entreprise) :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Temps plein | Temps partiel | Si usage du chômage partiel, indiquer la part à charge de l’entreprise en euros en novembre 2020 |
| CDI |  |  |  |
| CDD + 6 mois |  |  |  |

**Détail et montant des principales charges fixes mensuelles récurrentes :**

|  |  |
| --- | --- |
| Loyer |  |
| Mensualités des prêts en cours |  |
| Autres : |  |
|  |  |
|  |  |
| total |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dette(s) fournisseur(s) arrêtée(s) au 30/11/20 |  |
| Dettes fiscales sociales au 30/11/20 |  |
| Trésorerie au 30/11/20 |  |

**Si demande déposée au titre de décembre 2020 :**

**CA** :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2019 | 2020 | Variation 2019-2020 en % |
| Novembre |  |  |  |
| Décembre |  |  |  |

**Nombre de salariés (hors chef d’entreprise) :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Temps plein | Temps partiel | Si usage du chômage partiel, indiquer la part à charge de l’entreprise en euros en décembre 2020 |
| CDI |  |  |  |
| CDD + 6 mois |  |  |  |

**Détail et montant des principales charges fixes mensuelles récurrentes :**

|  |  |
| --- | --- |
| Loyer |  |
| Mensualités des prêts en cours |  |
| Autres : |  |
|  |  |
|  |  |
| total |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dette(s) fournisseur(s) arrêtée(s) au 31/12/20 |  |
| Dettes fiscales sociales au 31/12/20 |  |
| Trésorerie au 31/12/20 |  |

**L’expert-comptable, date, signature et cachet**

1. **A remplir par le chef d’entreprise :**

J’atteste sur l’honneur :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| Que mon entreprise respecte la règle européenne "de minimis" (non dépassement du plafond de 200 000 € en 3 ans pour toutes les aides de ce type) |  |  |
| Que mon entreprise n’a pas bénéficié du fonds de solidarité de l’Etat au titre de novembre 2020 |  |  |
| Que mon entreprise n’est pas engagée dans une procédure collective ou une mesure de sauvegarde et n’est pas en difficulté au sens européen du terme (cf annexe en fin de dossier) |  |  |
| Que l’effectif de mon entreprise était à la date du 30/11/2020, inférieur ou égal à 10 personnes |  |  |

**Le dirigeant, date et signature :**

« *La CAMVS collecte vos informations dans le cadre de ses compétences et missions de service public, ceci afin d'assurer l'instruction et le versement des aides économiques. Les données sont accessibles uniquement aux personnes habilitées de la CAMVS, dans le cadre de leurs missions et pour assurer la mise en œuvre du traitement. Les données sont conservées de manière sécurisée pour une durée de 5 ans après l’instruction du dossier*

*Pour autant, sachez que vous disposez notamment d’un droit d’accès et de modification sur les données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit à tout moment, en contactant le Délégué à la Protection des Données à l’adresse suivante :*[*dpo@amvs.fr*](https://ssl.amvs.fr/f5-w-68747470733a2f2f7372762d6d7367323031302e616d76732e6c6f63616c$$/owa/redir.aspx?C=WTIzd2srJkaK9jn0mqsBYC53Y60_69cIMGBGAKFidaWNeZYJ1hn1ckoepuguDVq2Ku192fHyG4A.&URL=mailto%3adpo%40amvs.fr)

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL*»

**ANNEXE**

**Notion d’entreprise en difficulté au sens européen**

Une entreprise est considérée comme en difficulté quand au moins une des conditions énumérées ci-dessous est remplie :

|  |  |
| --- | --- |
| a) | s’il s’agit d’une société à responsabilité limitée, lorsque plus de la moitié de son capital social souscrit a disparu en raison des pertes accumulées. Tel est le cas lorsque la déduction des pertes accumulées des réserves (et de tous les autres éléments généralement considérés comme relevant des fonds propres de la société) conduit à un montant cumulé négatif qui excède la moitié du capital social souscrit ; |

|  |  |
| --- | --- |
| b) | s’il s’agit d’une société dont certains associés au moins ont une responsabilité illimitée pour les dettes de la société, lorsque plus de la moitié des fonds propres, tels qu’ils sont inscrits dans les comptes de la société, a disparu en raison des pertes accumulées ; |

|  |  |
| --- | --- |
| c) | lorsque l’entreprise fait l’objet d’une procédure collective d’insolvabilité ou remplit, selon le droit national qui lui est applicable, les conditions de soumission à une procédure collective d’insolvabilité à la demande de ses créanciers ;  En droit français, trois types de procédures existent: procédure de redressement judiciaire; procédure de liquidation judiciaire; procédure de sauvegarde |