

**Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre
Service départemental de l'Aveyron**

**DEMANDE D'ALLOCATION DIFFERENTIELLE EN FAVEUR DU CONJOINT
SURVIVANT D'UN RESSORTISSANT DE L'ONAC**

NOM : **Prénom** :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

(joindre une photocopie de la pièce d'identité ou du titre de séjour)

Qualité de ressortissant du conjoint décédé : (joindre un justificatif)

- Pensionné de Guerre ou hors guerre
- Ancien combattant ou Titulaire du Titre de reconnaissance de la Nation
- Pupille de la Nation ou orphelin de guerre
- Autre (précisez)

Revenus mensuels du demandeur :

Salaires	
Allocations de chômage	
Revenu minimum d'insertion (R.M.I)	
Indemnités journalières de sécurité sociale	
Pension servie en vertu du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ou Pension d'invalidité de la sécurité sociale	
Rente accident du travail	
Allocation Adulte Handicapé (AAH)	
Prestations familiales (allocations familiales, allocation de parent isolé, de soutien familial...)	
Allocation personnalisée d'autonomie	
Allocation logement ou A.P.L	
Pension alimentaire perçue	
Retraite principale / Reversions	
Minimum vieillesse	
Retraites complémentaires	
Revenus immobiliers, capitaux mobiliers	
Autres	
TOTAL DES REVENUS	

(Joindre le dernier avis d'imposition ou de non imposition ainsi que les justificatifs de toutes les ressources + RIB)

je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis

Date :

Signature :

Partie réservée au service départemental de l'ONAC

EXAMEN DES DROITS

1 - Recevabilité de la demande :

NOM :Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

.....

Qualité du conjoint décédé (barrer les mentions inutiles) :

PMI - AC - TRN- PN/OG - AUTRE (précisez).....

2 -Détermination du montant de l'allocation différentielle :

Date de dépôt de la demande.....

Date d'ouverture des droits :

€

Montant total des ressources annuelles :

€

Montant mensuel des ressources :

Montant mensuel de l'allocation différentielle (arrondi à l'euro supérieur) :

€

(750 € - ressources mensuelles) :

Date et décision de la commission départementale :

Avis favorable

Avis défavorable (précisez le motif) :

Date de l'appel et avis motivé du service :

date et décision en appel:

Confirmation de la décision initiale

Révision de la décision initiale

recours formulé devant la commission nationale des recours