

Cellule d'accompagnement du département des Alpes-Maritimes

Fiche d'informations Exploitants en situation de fragilité

**Ce formulaire est strictement confidentiel. Il sera consulté par les membres de la cellule d'accompagnement où aucun représentant professionnel ne siège.
Les membres ont signé une clause de confidentialité interdisant la divulgation des informations qui leur sont transmis.**

Cette fiche est à transmettre :

par courrier à :

**Services de l'État dans les Alpes-Maritimes
Direction Départementale des Territoires et de la Mer
CADAM – 147, Boulevard du Mercantour
06286 NICE CEDEX 3**

• *ou par mail :*

**ddtm@alpes-maritimes.gouv.fr
ddpp@alpes-maritimes.gouv.fr
michelepons@alpes-maritimes.chambagri.fr
mbassoleil@alpes-maritimes.chambagri.fr**

Si vous avez besoin d'aide, vous pouvez appeler le N° suivant : (MSA) **04 94 60 39 32**.
Votre interlocuteur vous apportera l'aide nécessaire. Il est tenu à la confidentialité.

Votre situation

Comment vous sentez-vous au quotidien ?

- Bien
- Assez bien mais je rencontre des difficultés
- Mal. Je me sens dépassé(e), je n'arrive plus à faire face à mes difficultés

Avez-vous des remboursements bancaires en retard :

- Non
- Oui

Depuis quand (environ) ?

.....

Quel est le montant approximatif concerné ?

.....

Avez-vous des difficultés ou retard dans le paiement auprès des structures suivantes :
coopérative, négociant, vétérinaire, CUMA, propriétaire, MSA ?

- Non
- Oui

Depuis quand (environ) ?
Quel est le montant approximatif concerné ?

Réussissez-vous à dégager un revenu du travail de votre exploitation ?

- Non
- Oui

Quel est le montant approximatif mensuel ?.....

Quel est, si vous le connaissez, le montant de ces indicateurs pour votre exploitation ?

la trésorerie :

l' EBE :.....

les annuités (montant des prêts moyens et long termes) :

Travaillez-vous seul ?

- Non, car :
 - j'ai un ou des salariés
 - mon conjoint travaille avec moi
 - je suis associé(e)
- Oui

Si « non », rencontrez-vous des difficultés relationnelles avec les personnes avec lesquelles vous travaillez ?

- Non
- Oui

Vos coordonnées

N° PACAGE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Raison sociale :.....

Adresse :.....

CP Commune :.....

Téléphone portable :.....

Adresse mail :.....

J'accepte que les informations sur ma situation soient transmises aux membres de la cellule d'accompagnement. Ces éléments ne seront pas divulgués : les membres ont signé une clause de confidentialité

Date :

Signature

