#  DEMANDE D’AIDE

***Date de la demande* *:***

***Destinataire : CCAS***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nature de la demande : | Prêt  | Montant :  | Remboursement : /mois |
|  | Secours  | Montant :  |  |
|  | Secours d’urgence  | Montant :  | Versement à un tiers ❒ |
|  | Accompagnement Social Lié au Logement  |

***Demande présentée par :***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Organisme :** |  | **Cachet et Signature :**  |

***Demandeur :***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom :  |  | Prénom : |  | Nom de jeune fille : |  |
| Date de naissance :  |
| Adresse : |  | Code postal :  |
| Tél. : |  | Résidant sur la commune depuis le :  |

 Marié(e) Célibataire Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Pacs

**N° allocataire :**

|  |  |
| --- | --- |
| **N° assuré social :**  | **N° pension :**  |

***Composition du foyer (demandeur compris)* *:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom | **Date de****naissance** | **Lien de parenté** | **Situation professionnelle****(à préciser)** | **Employeur ou établissement scolaire** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DATE DE COMMISSION : | DECISION : |

**A – RESSOURCES MENSUELLES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Demandeur** | **Conjoint** | **Autres** |
|  Salaire net imposable |  |  |  |
|  Revenu d’activité non salariée |  |  |  |
|  Indemnités journalières………………………………………….. Complément de salaire | ……………………... | ………………… | ………………….. |
|  Indemnités de chômage |  |  |  |
|  Indemnité de stage |  |  |  |
|  R.S.A. |  |  |  |
|  Retraite régime de base………………………………………….. Retraite complémentaire | ……………………... | ………………… | ………………….. |
|  A.A.H. ou pension d’invalidité ou rente accident de travail (à préciser)…………………………………………... A.C.T.P. – M.T.P. | ……………………... | ………………… | ………………….. |
|  Prestations familiales sauf A.L/A.P.L. (à préciser) :  |  |  |  |
|  Pension alimentaire perçue |  |  |  |
|  Revenus patrimoniaux (préciser) : |  |  |  |
|  Bourses d’étude |  |  |  |
|  Autres : (à préciser) |  |  |  |
|  **TOTAL** |  |  |  |
|  **TOTAL GENERAL (A) :**  |

**AIDES DIVERSES :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aides attribuées****dans l’année** | **Organisme sollicité** | **Objet** | **Date de la demande** | **Montant de l’aide**  |
|  |  |  |  |  |
| **Aides en cours** | **Organisme sollicité** | **Objet** | **Date de la demande** | **Montant de l’aide**  |
|  |  |  |  |  |

**B – CHARGES MENSUELLES**

|  |  |
| --- | --- |
| Habitation | Date d’entrée :  |
| **Locataire** ❒ Nom et adresse du propriétaire : CLMH |
| **Propriétaire** ❒ | **Accédant à la propriété** ❒ | **S.D.F.** ❒ | **Caravane** ❒ |
| **Hébergé(e)** : | chez ses parents❒ dans une famille d’accueil ❒ dans une chambre d’hôtel ❒ chez des amis ❒dans une structure ❒ (à préciser) : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type de logement |  | A.L. : |  € |
| Montant du loyer ou de l’accession |   | A.P.L. : |  € |
| Charges locatives |   | Date de suspension |  |
| Résiduel mensuel |   | Montant de la dette |  |

Mode de Chauffage (à préciser) : Bois ❒ Charbon ❒ Fuel ❒ Electrique ❒ Gaz ❒

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EDF/GDF |  | €/mois | Eau |  | €/mois | Téléphone |  | €/mois |

***Prêts immobiliers (financement initial logement + terrain)***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement****Prêteur** | **Type et taux de prêts** | **Date de l’offre de prêt** | **Date de fin de remboursement** | **Remboursement mensuel** | **Montant du prêt** | **Justificatif produit** |
| **Oui** | **Non** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Assurances |  |  |  | Impôts |  |  |
| Mutuelle |  | €/mois |  | Sur le revenu |  | €/mois |
| Véhicule |  | €/mois |  | Foncier |  | €/mois |
| Habitation |  | €/mois |  | Habitation |  | €/mois |
|  |  |  |  | T.V. |  | €/mois |
| Éducation / Formation |  | Pension alimentaire |  | €/mois |
|  |  | Cantine |  | €/mois |
|  |  | Frais scolaires |  | €/mois |
|  |  | Frais de garde |  | €/mois |
| Transports |  | Nature :  |  | €/mois |
| Autres (à préciser) |  | Nature :  |  | €/mois |
| **TOTAL DES CHARGES MENSUELLES (B) :** |  | € |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| C – | **Si commission de surendettement**  | **date de la saisine :** |  |  |
|  | **Date de signature du plan :** |  | Montant des mensualités (C) : |  € |
|  | **Montant global du plan de surendettement :** | € |  |

##### D -CREDITS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objet** | **Créanciers** | **Montant mensuel** | **Date de fin de remboursement** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL (D)** |  |  |

##### DETTES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objet** | **Montant** | **Objet** | **Montant** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| TOTAL GENERAL :  |  |

**TOTAL B + C + D :**

##### MONTANT disponible par mois : A – (B + C+ D) = \_\_\_\_0 €\_\_\_\_\_\_\_

***Si mesure accompagnement social ou judiciaire, préciser :***

Organisme :

Nature :

|  |
| --- |
| **Exposé de la situation :** |

Je soussigné, M , certifie l’exactitude des informations fournies.

|  |  |
| --- | --- |
| Date :  | Signature de(ou des) intéressé(s) |

#### PIECES A FOURNIR : \* En 1 exemplaire

#### Justificatifs des dettes concernées – Attestation de ressources des 3 derniers mois - Dernier avis de poursuite mobilière – R.I.B. – Fiche familiale d’état civil – Pour l’accès dans les lieux fournir les justificatifs de dépenses.

\* Pour la CRAM en plus :Dernier avis d’imposition ou de non imposition (y compris pour les autres personnes vivant au foyer) – Justificatifs de pension si elle est versée par une autre CRAM de France, par la CNATVS – Quittance de loyer pour les locataires – Taxe foncière pour les propriétaires.

\* pour la Mission Protection de l'Enfance, le travailleur social établit sa demande au vu des justificatifs sans les fournir

Les informations contenues sur ce formulaire peuvent être traitées au moyen de l’informatique.

Vous pouvez exercer votre droit d’accès à ces informations et demander leur correction si elles sont inexactes, conformément aux modalités prévues

par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés.

Ces informations seront effacées de tout support informatique 12 mois après la fin de la prise en charge.