



# DEMANDE D'AIDES SOCIALES FACULTATIVES

**Votre demande concerne :**

Date de la demande :

.....

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aide alimentaire d'urgence  | <input type="checkbox"/> Aide financière exceptionnelle | <input type="checkbox"/> Aide à la mobilité - transport |
| <input type="checkbox"/> Aide culturelle   | <input type="checkbox"/> Aide pour le centre de loisirs | <input type="checkbox"/> Aide aux devoirs               |
| <input type="checkbox"/> Aide aux séjours scolaires  | <input type="checkbox"/> Aide aux mini-camps            | <input type="checkbox"/> Autre ( <i>précisez</i> )..... |
| <input type="checkbox"/> Aide aux inscriptions dans les associations sportives et socioculturelles |   |   |

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX MEMBRES DU FOYER

	Demandeur	Conjoint
NOM, Prénoms		
Adresse		
N° de téléphone fixe		
N° de téléphone portable		
Adresse mail		
Date et lieu de naissance	Le à	Le à
Situation professionnelle <i>(CDI, CDD, intérim, chômage, formation, retraité, au foyer...)</i> <i>Précisez temps complet ou partiel</i>		
Nom de l'employeur		

**Situation du chef de famille :** (*cochez la case*)

- Célibataire  Concubinage  Pacsé  Marié  Veuf  Séparé  Divorcé   
 Depuis le : .....

## ETAT CIVIL DES ENFANTS ET AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

	NOM	Prénom	Sexe (F/M)	Date de naissance	Lien de parenté	Etablissement scolaire fréquenté et classe	Situation (garde alternée, droit de visite)
1							
2							
3							
4							
5							

Naissance prévue le : .....

Quotient Familial (QF) : .....

(Cette information figure sur votre attestation de paiement ou sur le site [www.caf.fr](http://www.caf.fr))

Mesure de protection / judiciaire / MASP  oui  non

Etes-vous (cochez la case) : propriétaire  accédant à la propriété  locataire  hébergé à titre gratuit

Etes-vous (ou votre conjoint) propriétaire d'un logement autre que celui que vous habitez ?  oui  non

Si oui : ville..... Pays : ..... nombre de pièces principales : .....

**Indiquez les montants de toutes vos ressources et de celles de toutes les personnes vivant sous le même toit au cours du mois précédant la demande**

NATURE DES RESSOURCES	RESSOURCES des personnes vivant au foyer					
	Le demandeur		Le conjoint, concubin ou pacsé <u>actuellement</u> au foyer		enfant ou autre personne ayant eu des revenus	
	Revenu à l'année	Revenu mensuel	Revenu à l'année	Revenu mensuel	Revenu à l'année	Revenu mensuel
<b>REVENUS LIES A UNE ACTIVITE</b>						
Salaires nets mensuels : (avant l'impôt à la source)						
Indemnités chômage						
Indemnités journalières sécurité sociale						
Complément employeur ou régime de prévoyance						
Revenu d'activité non salariée						
<b>PENSIONS ET RENTES</b>						
Pension d'invalidité						
Complément d'invalidité						
Majoration tierce personne						
Retraites Carsat et autres régimes (MSA, SSI...)						
Retraites complémentaires (mensualisées)						
Pension civile et militaire						
Rente accident du travail ou rente survivant						
<b>PRESTATIONS SERVIES PAR LA CAF</b>						
Revenu solidarité active (RSA)						
Prime d'activité						
Allocation Adulte Handicapé (AAH) et complément AAH						
Allocations familiales (AF) et complément familial (CF)						
Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP)						
Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE) et Prestation Partagée d'Education de L'Enfant (PrePareE)						
Allocation de Soutien Familial (ASF)						
Allocation logement ou aide personnalisée au logement (APL)						
<b>REVENUS DIVERS</b>						
Revenus mobiliers et capitaux						
Revenus fonciers						
Pension alimentaire perçue						
Autres ressources (préciser)						
<b>TOTAL</b>						
<b>TOTAL des ressources du foyer (A)</b>						

Charges incompressibles du foyer liées au logement	moyenne mensuelle	Payées ce mois	Autres charges incompressibles	moyenne mensuelle	Payées ce mois
Loyer ou remboursement prêt habitat (+ charges de copropriété)			Téléphonie (fixe, mobile et pack internet) à hauteur de 60€ maximum		
Electricité			Complémentaire santé		
Gaz			Assurance responsabilité civile		
Eau / assainissement			Assurance véhicule Nombre de véhicules : .....		
Chauffage (Fuel, bois, ramonage...)			Pension alimentaire versée		
Assurance habitation			Pack Bancaire (cotisation mensuelle)		
Ordures ménagères (SMICTOM)			Impôts sur le revenu		
Taxe d'habitation et redevance audiovisuelle					
Taxe foncière					
<b>TOTAL (B)</b>	B1	B2	<b>TOTAL (C)</b>	C1	C2

Dossier de surendettement  oui  non  en cours de constitution  PCR ou PRP  
Date de fin du moratoire et du plan : .....

Crédits à la consommation, plan d'apurement, saisies sur salaire ou CAF (dettes mensualisées)			
Nature / organisme	Montant dû	Echéancier mis en place	Date de fin – mois et année
Crédits à la consommation			
Plan Banque de France			
<b>TOTAL des MENSUALITES de l'échéancier mis en place (D)</b>			

Découverts / dettes / charges non payées	
Nature / organisme / objet	Montant dû
<b>TOTAL (E)</b>	

Autres charges non prises en compte dans le calcul du reste à vivre	Moyenne mensuelle	Payées ce mois
Frais liés à la santé (reste à charge)		
Frais de transports (collectif, carburant...)		
Frais de scolarité		
Frais de cantine		
Frais périscolaire (centre de loisirs)		
Frais de garde (assistante maternelle, garde d'enfant de moins de 6 ans à domicile, crèche)		
Loisirs		
Autres		
<b>TOTAL (F)</b>		

AUTRES ORGANISMES SOLLICITES SUR LES 12 DERNIERS MOIS (CDAS, CAF, CPAM, ASE, FSL, FAJ, Communauté de commune du Val d'Ille-Aubigné, associations ....)			
Date	organisme	Montant sollicité	Montant accordé

<b>Reste à vivre</b>	$\frac{A - (B+C+D)}{\text{nombre de personne}} / 30.5 \text{ Jours} =$
----------------------	--

DECLARATION SUR L'HONNEUR
<p>Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier et m'engage à aviser le CCAS de tout changement dans ma situation familiale ou professionnelle et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.</p> <p>J'autorise le CCAS à communiquer mes coordonnées et le montant de la prise en charge des factures à l'association « Accueil et Loisirs ».</p> <p style="text-align: center;">Date : <span style="margin-left: 200px;">Signature du déclarant :</span></p>

Votre dossier de demande d'aide, accompagné des pièces justificatives, est à déposer à l'adresse suivante :

**CCAS de la commune de LA MEZIERE**  
**1, rue de Macéria**  
**35520 LA MEZIERE**

**Au préalable, veuillez prendre RDV au 02-99-69-38-43 / 07-64-77-35-67.**

**Pièces justificatives sollicitées pour l'ensemble des membres du foyer :**

- o **Etat civil :**
  - Carte d'identité, passeport, titre de séjour
  - Livret de famille ou acte de naissance
  - Jugement de divorce ou justificatif de séparation
  - Jugement de tutelle ou curatelle
  - RIB
- o **Justificatifs des ressources des trois derniers mois précédent la demande (en fonction de votre situation).**
- o **Les justificatifs des charges incompressibles pourront être demandés.**

La constitution de ce dossier ne confère aucun droit au postulant. Il appartient au CCAS d'évaluer l'opportunité et l'importance de l'aide à accorder, en fonction des renseignements fournis par l'intéressé. Toute inexactitude dans la déclaration peut entraîner la suppression de l'aide et la récupération des sommes qui auraient été versées par le CCAS.

*Le CCAS se réserve le droit de modifier les conditions et fonctionnement de ces aides.*

La loi 78-17 du 06/01/1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.