

Date d'envoi :

# IMPRIME UNIQUE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

## Service instructeur

Nom :	Adresse :
-------	-----------

## Intervenant

Nom et prénom :	Qualité :
Téléphone :	Mail :

## Demandeur

N° allocataire (CAF ou MSA) :	
Nom (marital s'il y a lieu) :	Prénom :
Adresse :	CP et commune :
Téléphone :	Mail :
N° de sécurité sociale :	

## Destinataire

CAF	OUI	NON	SU*	Aide fi.	ASE	OUI	NON	SU*	AMAE**
MSA	OUI	NON	SU*	Aide fi.	FSL	OUI	NON	Accès	Maintien
CCAS	OUI	NON						Accompagnement	
CPAM	OUI	NON			AUTRE	OUI	NON		

POUR LES DOSSIERS A DESTINATION DE LA CAF

(\*1) Secours d'urgence

(\*2) Allocation mensuelle d'aide à l'enfance

## Composition du ménage

	DEMANDEUR	CONJOINT
Nom de naissance		
Prénom		
Date de naissance		
Situation de famille	Célibataire Séparé(e) / Divorcé(e) Veuf (ve) En couple Marié(e)  Depuis le :	Célibataire Séparé(e) / Divorcé(e) Veuf (ve) En couple Marié(e)  Depuis le :

## Enfants à charge

Nom	Prénom	Naissance	Sexe	Situation scolaire et/ou professionnelle (établissement, centre de formation...)
			M F	
			M F	
			M F	
			M F	
			M F	
			M F	
			M F	
			M F	
			M F	
			M F	
Naissance attendue :    Oui    Non                    Pour quelle date :				

## Enfants pris en charge périodiquement

Nom	Prénom	Naissance	Sexe	Lieu de vie habituel (autre parent, famille, établissement...)
			M F	
			M F	
			M F	

## Enfants ou autres personnes vivant au foyer

Nom	Prénom	Naissance	Parenté	Situation

## Situation économique et financière

Ressources du mois en cours	Demandeur	Conjoint	Autre(s) au foyer
<b>Situation professionnelle actuelle</b>			
Salarié en CDI			
Salarié en CDD, intérim			
Revenus non salariés, commerçant, artisan, exploitant agricole, ...			
Allocation chômage ASS ARE			
Rémunération de stage, d'apprentissage			
Indemnités journalières			
<b>Pensions</b>			
... de retraite			
... invalidité			
... de réversion			
... de veuvage			
... militaire			
... alimentaire			
... prestation compensatoire			
<b>Allocations</b>			
Allocation aux adultes handicapés			
RSA			
Rente accident			
Prime d'activité			
Autres ressources			
<b>Prestations familiales</b>			
Allocations familiales			
PAJE de base			
Complément de libre choix du mode de garde			
Complément libre choix d'activité			
Complément familial			
Allocation de soutien familial			
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé			
Autres ressources (ARS...)			
<b>TOTAL DES RESSOURCES</b>			
<b>TOTAL DES RESSOURCES DU COUPLE</b>			
<b>TOTAL DES RESSOURCES DU FOYER</b>			

Observations :

## Situation économique et financière (suite)

Charges mensuelles	Montant	Dettes
<b>Charges liées au logement (montants mensuels)</b>		
Loyer		
Accession à la propriété		
Frais d'hébergement		
AL/APL Montant à déduire      Versé au tiers		
<b>TOTAL DU LOYER RESIDUEL</b>		
<b>Charges d'énergie pour le logement (montants mensuels)</b>		
Electricité (y compris chauffage) (    cocher si mensualisé)		
Eau (    cocher si mensualisé)		
Autre moyen de chauffage (préciser)		
Gaz en bouteille		
Assurance habitation		
Impôts (taxe habitation, taxe foncière, ordures ménagères, redevances incitatives)		
<b>TOTAL DES CHARGES RESIDUELLES POUR LE LOGEMENT</b>		
<b>Charges liées aux enfants (montants mensuels)</b>		
Frais de scolarité (cantine, transport, internat)		
Pension alimentaire à reverser		
Frais de garde (en totalité)		
<b>TOTAL DES CHARGES LIEES AUX ENFANTS</b>		
<b>Autres charges (montants mensuels)</b>		
Communication (Fixe    Portable    Internet    )		
Assurance (préciser le nombre de véhicules)		
Impôts		
Mutuelle		
Frais de transport		
Découvert bancaire utilisé		
Autre (préciser)		
<b>TOTAL DES AUTRES CHARGES</b>		
<b>Crédits, saisies, plan d'apurement, indus (préciser et détailler - indiquer le coût mensuel)</b>		
	De :	A :
	De :	A :
	De :	A :
	De :	A :
Saisine de la commission de surendettement		Date de saisine :
Plan conventionnel de redressement		Date de fin :
PRP Moratoire		Date de fin :
<b>TOTAL DES CREDITS</b>		
<b>TOTAL GENERAL</b>		
<b>RESTE A VIVRE PAR JOUR POUR LE FOYER</b>		
<b>Mesures de protection et / ou d'aide à la gestion du budget</b>		
Oui      Non      Sollicitée (en cours)	Nature :	Organisme :

Observations :

## Historique des aides sollicitées sur les 6 derniers mois

	<b>Montant global de l'aide</b>	<b>Date accord</b>	<b>Date refus</b>
<b>Centre Communal d'Action Sociale</b>			
<b>Caisse d'Allocations Familiales</b>			
<b>Mutualité Sociale Agricole</b>			
<b>Caisse Primaire d'Assurance Maladie</b>			
<b>Aide Sociale à l'Enfance</b>			
<b>Fonds Solidarité Logement - Energie</b>			
<b>Fonds Solidarité Logement - Accès</b>			
<b>Fonds Solidarité Logement - Impayés de loyer</b>			
<b>Autres (bons, colis...)</b>			

## Plan d'aide sollicité

Service destinataire	Montant de l'aide sollicitée	Modalités de paiement (carte, mensualité...)	Subvention ou prêt	Mesure d'accompagnement social
<b>Centre Communal d'Action Sociale</b>			Sub. Prêt	
<b>Caisse d'Allocations Familiales / Mutualité Sociale Agricole</b> Secours urgence Aide financière			Sub. Prêt Sub. Prêt	
<b>Caisse Primaire d'Assurance Maladie</b>			Sub. Prêt	
<b>Fonds Solidarité Logement - Accès</b> Dépôt de garantie 1er loyer Frais d'agence Assurances Déménagement			Sub. Prêt Sub. Prêt Sub. Prêt Sub. Prêt Sub. Prêt	
<b>Fonds Solidarité Logement - Maintien</b> Impayés de loyer Energie			Sub. Prêt Sub. Prêt	
<b>Aide Sociale à l'Enfance</b> SU (*1) AMAE (*2)			Sub. Prêt Sub. Prêt	
<b>Autres (MASP...)</b>				

### IMPORTANT :

*A la suite de fausse déclaration ou omission dans les informations transmises, les services destinataires se réservent le droit de prendre toute mesure appropriée à la situation (diminution de l'aide préalablement octroyée ou rejet, par exemple)*

**L'article 441.1 du Code Pénale précise :** *Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.*

*Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.*

Après lecture des informations susmentionnées, je soussigné(e)

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés à la connaissance du service et m'engage à signaler tout changement qui interviendrait dans ma situation.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

(\*1) Secours d'urgence

(\*2) Allocation mensuelle d'aide à l'enfance

# ELEMENTS D'EVALUATION SOCIALE ET PLAN D'AIDE PROPOSE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Email :

N° allocataire CAF ou MSA :

N° de sécurité sociale :

---

Signature du TMS :

Signature du responsable :

