

C.C.A.S. DE RESSONS SUR MATZ

Formulaire unique de demande d'aide financière

Demande à adresser par l'instructeur au secrétariat du C.C.A.S.

Ce formulaire doit être complété par l'annexe jointe.

ATTENTION **JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES**

OBJET DE LA DEMANDE

(À préciser)

IDENTITE DU DEMANDEUR

MONSIEUR Nom : _____ Prénom : _____ Né le : _____

MADAME Nom : _____ Prénom : _____ Née le : _____

ADRESSE : _____

Numéro de Téléphone

Célibataire Vie Maritale Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (ve)

N° de Sécurité Sociale : _____

N° d'allocataire : _____

CAF de : M.S.A. Autre

FONDS SOLICITE (S)

Eau Electricité Gaz Autre (s).....

Demande effectuer auprès d'un autre service oui Non

INSTRUCTEUR DE LA DEMANDE

Centre Communal d'Action Sociale

1 Place de Verdun

60490 RESSONS SUR MATZ

03.44.42.51.18

Nom du référent : _____

COMPOSITION DE LA FAMILLE

| NOM Prénom | Date de Naissance | Parenté | Emploi, dernier emploi, classe | Employeur (lieu) | Depuis le |
|---------------------------|-------------------|---------|--------------------------------|------------------|-----------|
| M. | | | | | |
| Mme | | | | | |
| Enfants à charge | | | | | |
| Autres personnes au foyer | | | | | |

BUDGET MENSUEL – JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES

| RESSOURCES | Mensualisées | Réelle du Mois | Charges Fixes | Mensualisées | Payées |
|-----------------------------|--------------|----------------|--------------------------|--------------|--------|
| Salaire M. : | | | Loyer + Charges : | | |
| Salaire Mme : | | | Etes vous propriétaire : | | |
| Salaire Enfants : | | | | | |
| | | | | | |
| Indemnités journalières : | | | Electricité | | |
| Indemnités chômage : | | | Eau | | |
| | | | Chauffage | | |
| R.M.I. /RSA | | | Téléphone fixe | | |
| Pension Alimentaire | | | Téléphone portable | | |
| Retraite principale | | | Forfait internet | | |
| Retraite complémentaire : | | | Transports | | |
| | | | Assurance habitation | | |
| Pension militaire : | | | Assurance véhicule | | |
| Rente accident du travail : | | | Mutuelle | | |
| Pension d'invalidité MR | | | Frais de grade Cantine | | |
| AAH | | | Impôt sur le revenu | | |
| Participation des enfants | | | Taxe d'habitation | | |
| | | | Taxe Foncière | | |
| Allocation familiale | | | Crédit | | |
| APL / Allocation logement | | | | | |
| Autres | | | Autres | | |
| TOTAL | | | TOTAL | | |

Tutelle
 MASP

Curatelle

Sauvegarde
 MAJ

Organisme chargé de la mesure :

Dossier déposé à la COMMISSION DE SURENDETTEMENT ?

Non Oui Date :

Plan de surendettement :

Date début :

Date fin :

Moratoire

Date début :

Date fin :

DETTES ET CREDITS

| | Nature | Organisme | Mensualités | Date début | Date de fin | Retards éventuels |
|---------|--------|-----------|-------------|------------|-------------|-------------------|
| DETTES | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | |
| CREDITS | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | |

* Sans justificatifs la demande ne sera pas étudiée.

EXPOSE DE LA SITUATION PAR LE DEMANDEUR OU L'INSTRUCTEUR

Aide(s) sollicitée(s)

Pour le même motif

ou accordée(s)

Nature :

Montant :

Avis et signature de délégué de la tutelle
(le cas échéant)

Date et signature
de l'instructeur

ENGAGEMENT DU DEMANDEUR

Voir l'annexe.

CARACTERE DE LA DEMANDE

- | | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Alimentaire | <input type="checkbox"/> | Aide formation |
| <input type="checkbox"/> | Attente prestations | <input type="checkbox"/> | Santé |
| <input type="checkbox"/> | E.D.F. | <input type="checkbox"/> | Transport |
| <input type="checkbox"/> | Eau | <input type="checkbox"/> | Caution (loyer – hôtel) |
| <input type="checkbox"/> | Assurance | <input type="checkbox"/> | Impayés loyer - accession |
| <input type="checkbox"/> | Dettes téléphoniques | <input type="checkbox"/> | Autres (à préciser) |

DECISION

Date

- Rejet
- Accord Montant :
- Modalités :

- Les informations contenues dans ce document sont confidentielles (art.226.13 du Nouveau code pénal relatif à l'atteinte au Secret Professionnel)
- Conformément à la loi du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez exercer votre droit au fichier informatique vous concernant auprès de l'organisme instructeur.

ANNEXE AU FORMULAIRE UNIQUE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

ENGAGEMENT DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) : _____

Demeurant : _____

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées.

En cas de versement direct, je m'engage à utiliser l'aide sollicitée au motif présenté.

Fait à :

Le :

Signature

- Les informations contenues dans ce document sont confidentielles (art.226.13 du Nouveau code pénal relatif à l'atteinte au Secret Professionnel)
- Conformément à la loi du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez exercer votre droit au fichier informatique vous concernant auprès de l'organisme instructeur.