

DEMANDE D'AIDES SOCIALES FACULTATIVES

■ Pôle Développement Solidaire
Service Actions Solidaires

DOSSIER N°

Date de la commission :

Agent instructeur :

Travailleur social :

1^{ère} demande renouvellement retour dans le dispositif

| | | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| Le demandeur | Monsieur <input type="checkbox"/> | | Madame <input type="checkbox"/> | |
| Nom - Prénom | | | | |
| Date et lieu de naissance | le | | à | |
| | | | Nationalité : | Française <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> |
| Situation familiale | Célibataire <input type="checkbox"/> | Marié(e) <input type="checkbox"/> | Divorcé(e) <input type="checkbox"/> | Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> |
| | Vie maritale <input type="checkbox"/> | Veuf(ve) <input type="checkbox"/> | | |
| Tél. domicile | | Portable | | Tél. travail |
| Mail | | @ | | |
| ADRESSE | | | | |
| Numéro | | Rue | | |
| Boîte postale | | Code postal | | Localité |
| Etat civil et situation des personnes vivant dans votre foyer | | | | |
| | Nom | Prénom | Date de naissance | Activité professionnelle (CDD, CDI, temps plein ou partiel) Scolarisation/Formation |
| Demandeur | | | | |
| Conjoint(e) | | | | |
| Enfant(s) | | | | |
| Si naissance attendue, nombre d'enfants à naître ? <input type="checkbox"/> | | | Date de naissance prévue <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| COMPOSITION FAMILIALE : | | | | |
| Logement ou hébergement | | | | |
| Locataire : parc privé <input type="checkbox"/> parc social Mairie <input type="checkbox"/> parc social CT <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> hébergé(e) <input type="checkbox"/> | | | | |

Aides financières déjà obtenues au cours des 3 derniers mois par la Collectivité Territoriale

| Objet de la demande | Période d'attribution de l'aide | Montant de l'aide |
|---------------------|---------------------------------|-------------------|
| Mutuelle santé | | € |
| Aide au chauffage | | € |
| Aide au loyer | | € |
| Aide alimentaire | | € |
| Gros ménage | | € |
| Aide préventive | | € |

Autres organismes sollicités pour le présent motif

| Organisme | Montant sollicité | Montant accordé | Date |
|-----------|-------------------|-----------------|------|
| | | € | |
| | | € | |

Motif de la demande (réservé à l'organisme destinataire)

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mutuelle santé <input type="checkbox"/> EDF (aide au chauffage) <input type="checkbox"/> Fuel (aide au chauffage) <input type="checkbox"/> Aide au loyer <input type="checkbox"/> Aide alimentaire | <input type="checkbox"/> Gros ménage <input type="checkbox"/> Aide préventive Motif : |
|---|--|

Date et signature du demandeur : Le.....

Réservé à l'organisme destinataire

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Avis favorable <input type="checkbox"/> Avis défavorable <input type="checkbox"/> Avis partiellement favorable <u>Date de la décision :</u> | <input type="checkbox"/> Aide alimentaire : - Montant de l'aide : € <input type="checkbox"/> Aide préventive : - Montant de l'aide : € <input type="checkbox"/> Prêt <input type="checkbox"/> Subvention <input type="checkbox"/> Aide au loyer : - Montant de l'aide : € <input type="checkbox"/> Aide au chauffage : - EDF : Montant de l'aide € - FIOUL : Montant de l'aide € <input type="checkbox"/> Mutuelle santé <input type="checkbox"/> Gros ménage |
|---|---|

| Ressources mensuelles (joindre les justificatifs) | | | |
|--|-----------|----------|--------|
| Nature des revenus | Demandeur | Conjoint | Autres |
| Salaires nets ou revenus d'activité | € | € | € |
| Retraite principale et complémentaire | € | € | € |
| ARE, ASS (Allocations chômage) | € | € | € |
| RSA (Revenu de Solidarité Active) | € | € | € |
| Prime d'activité | € | € | € |
| AAH (Allocation Adulte Handicapé) | € | € | € |
| Indemnités journalières (maladie) | € | € | € |
| Pension d'invalidité | € | € | € |
| Rente accident de travail | € | € | € |
| Allocations et Prestations familiales | € | € | € |
| Pension(s) Alimentaire(s) reçue(s) <input type="checkbox"/> ASF <input type="checkbox"/> | € | € | € |
| Aides Scolaires CT | € | € | € |
| Autres | € | € | € |
| TOTAL PAR PERSONNE | € | € | € |

TOTAL DES RESSOURCES €

| Charges mensuelles (joindre les justificatifs) | | |
|--|------------------------------------|------|
| Loyer <input type="checkbox"/> | Accession <input type="checkbox"/> | € |
| Assurance habitation | | € |
| Forfait NTIC | | 70 € |
| Mutuelle santé | | € |
| Electricité | | € |
| Fioul | | € |
| Pension(s) ou obligation(s) alimentaire(s) versée(s) | | € |
| Frais de garde | | € |
| Taxe communale, impôts fonciers | | € |
| Autres | | € |

TOTAL DES CHARGES €

Reste à vivre (ressources - Charges) = €/mois

Reste à vivre avec les aides : € **RAV de la commission précédente :** €

| Endettement (Crédits et dettes) | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------|---------|------------------------------|---|-------------------|
| Nature | Organisme | Montant | Mensualités | Date fin | Retards éventuels |
| | | € | € | | € |
| | | € | € | | € |
| | | € | € | | € |
| TOTAL | | € | | | |
| Dossier de surendettement | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Oui | Date de dépôt du dossier : | | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> En cours de constitution | |