



DEMANDE D'AIDE SOLIDARITE

SLV N°

N° de DOSSIER

Nom : _____

Prénom : _____

NIA : _____

Adresse : _____

Tranche d'Age : 20 à 30 31 à 40 41 à 50 51 et plus

Tél. : _____

Mail : _____

Composition du Foyer (conjoint, enfant(s), autres personnes à charge(3))

| Nom et Prénom | Parenté (1) | Date de naissance | Participe aux dépenses du foyer (2) |
|---------------|-------------|-------------------|-------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

(1) S'il s'agit d'un enfant préciser sa situation actuelle (scolaire, étudiant, jeune chômeur, apprenti, etc....et joindre justificatif)

(2) Répondre OUI ou NON

(3) Ce nombre servira au calcul de la moyenne journalière de ressources par personne

Exposé des motifs de la demande :

Possibilité de joindre un exposé de situation via un document à entête.

Pour garantir la confidentialité des données, votre dossier sera transmis à la commission Aides Solidarité sous un numéro d'ordre anonyme

Evaluation financière

| Ressources | Mensuelles | Charges | Mensuelles |
|--|------------|------------------------------------|------------|
| Revenus du bénéficiaire : | | Habitation : | |
| Salaire ou Pension | | Loyer charges comprises | |
| Pension de Réversion | | Prêt(s) d'accession à la propriété | |
| Pension d'invalidité | | Charges de copropriété | |
| | | | |
| Revenus du conjoint/PACS/concubin : | | Impôts : | |
| Salaire ou Pension | | Impôt sur les revenus | |
| Pension de Reversion | | Taxe d'habitation | |
| Indemnités de chômage | | Taxe foncière | |
| Indemnités journalières | | | |
| Pension d'invalidité | | Assurances : | |
| Autres | | Assurance véhicule | |
| | | Assurance véhicule conjoint | |
| Prestations familiales (CAF) : | | Assurance habitation | |
| Allocations familiales | | Mutuelle complémentaire | |
| Allocation pour jeune enfant | | | |
| Allocation logement/APL | | Autres charges fixes | |
| Allocation de présence parentale | | Pension alimentaire | |
| Allocation d'éducation enfant handicapé | | Crèche, Garde d'enfants | |
| Allocation adulte handicapé | | Cantine | |
| Allocation de soutien familial | | Autres (téléphonie etc...) | |
| | | | |
| Autres prestations : | | Crédits : | |
| | | Prêts à la consommation | |
| Autres ressources éventuelles : | | Prêt achat voiture | |
| Rente Accident du Travail | | Autres (*) | |
| Pension alimentaire | | Autres | |
| Revenus immobiliers | | | |
| Autres | | | |
| Total : | | Total : | |

(*) Préciser la nature du/des remboursements ou de/des dettes

Joindre obligatoirement les justificatifs les plus récents des ressources et de toutes les charges incombant au foyer; notamment l'avis d'imposition de toutes les personnes vivant au foyer, taxe d'habitation, ainsi que les 3 derniers relevés de tous les comptes et les 3 derniers bulletins de salaire. Fournir l'attestation employeur du lieu de travail.

RIB des sociétés auxquelles il faudra faire les paiements.

RIB du bénéficiaire OBLIGATOIRE, en l'absence de celui-ci le dossier ne pourra être traité.

Éléments d'appréciation recueillis ou vérifiés par

- La SLV
- Un fonctionnel de la CMCAS
- Un membre du Bureau de la SLV
- Un élu de la CMCAS
- Assistante Sociale

Date et Signature
de la personne qui présente la demande