

Aide demandée	
<input type="checkbox"/> Fonds Unifié Logement : accès	<input type="checkbox"/> maintien <input type="checkbox"/> Attribution en cours <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dispositif énergie	<input type="checkbox"/> Dispositif Eau <input type="checkbox"/> Dispositif Téléphone <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fonds d'action sanitaire et sociale CPAM	<input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> CRAM <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> Caisses complémentaires <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aide Personnalisée de Retour à l'Emploi Départementale (APRE Départementale)	
<input type="checkbox"/> Aide individuelle RSA hors APRE Départementale	
<input type="checkbox"/> Aides d'un Centre Communal d'Action Sociale	<input type="checkbox"/> Epicerie sociale
<input type="checkbox"/> Aides associations caritatives : organisme(s) destinataire(s).....	
<input type="checkbox"/> Allocations temporaires A.S.E	
<input type="checkbox"/> Fonds d'aide aux jeunes	
<input type="checkbox"/> Autre (préciser)	

DEMANDEUR(S)	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	STATUT SOCIO-PROFESSIONNEL
M...				
M...				

☐ célibataire ☐ vie maritale ☐ PACS ☐ marié(e) ☐ séparé(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve)
☐ propriétaire ☐ accession à la propriété ☐ locataire ☐ hébergé ☐ sans domicile

[illegible]

Les traitements relatifs à la gestion de cet imprimé sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978. Les informations contenues sur cet imprimé font l'objet d'un traitement informatisé. Pour l'exercice du droit d'accès et de rectification des informations nominatives, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, à l'organisme dont l'adresse figure ci-dessus. Les réponses aux questions, strictement liées à l'objet de votre demande, sont obligatoires. A défaut, votre demande ne pourra pas être prise en compte ou ne pourra l'être que partiellement.

RESSOURCES

☐ Moyenne des trois derniers mois

☐ Mois de

	M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	Autres Personnes
Salaire net			
Indemnités de chômage			
Revenus professionnels non salariés			
Revenu de Solidarité Active			
Allocation Adultes Handicapés			
Rémunération Formation Professionnelle			
Bourses			
Pension Alimentaire reçue			
Indemnités Journalières			
Rentes Accident Travail			
Pension d'invalidité			
Allocation vieillesse			
Retraites principales et complémentaires			
Autres (<i>préciser</i>) :			
PRESTATIONS			
Allocations Familiales			
A.E.E.H.			
PAJE			
Allocation Soutien Familial			
Complément libre choix d'activité			
Complément Familial			
Allocation Logement ou APL			
Autres prestations handicap (MTP, ACTP, MVA, GRPH, complément AHH, complément AEEH...)			
TOTAL			

AUTRES AIDES FINANCIERES DEJA ACCORDEES au cours des 12 derniers mois

ORGANISME	DATE	MONTANT	DUREE
.....	__/__/__	_____
.....	__/__/__	_____
.....	__/__/__	_____
.....	__/__/__	_____
.....	__/__/__	_____

La Commission de surendettement est-elle saisie ? ☐ OUI ☐ NON

Date __/__/__

CHARGES

	Montant des CHARGES mensuelles		Montant des DETTES
Logement			
Loyer (montant de la quittance)			
Accession (mensualité)			
Contribution à l'hébergement			
Charges de co-propriété			
Annexes au Logement			
Fournisseur Electricité			
Fournisseur Gaz			
Fournisseur Electricité & Gaz			
Autre énergie			
Eau			
Assurance Habitation			
Taxe Foncière			
Taxe Habitation . Redevance TV			
Autres Charges			
Télécommunication			
Pension Alimentaire versée			
Frais de restauration scolaire			
Frais de garde			
Frais de transport			
Assurance véhicule			
Mutuelle complémentaire			
Impôt sur le revenu			
Plan de surendettement		Date de fin	
Découvert bancaire			
SOUS-TOTAL			
Autres (plan apurement, retenue salaire ...)			
Crédits (y compris cartes de crédits)		Date de fin	Solde
TOTAL GENERAL			

MONTANT - NATURE et MOTIF de l'aide sollicitée par le demandeur

Démarches à effectuer par le demandeur

A, le

Signature du Demandeur

NOM et Prénom du Demandeur :

Adresse :

Rappel de la nature et du montant de l'aide sollicitée

EVALUATION ET PROPOSITIONS DU SERVICE INSTRUCTEUR

(à remplir s'il n'existe pas d'imprimé spécifique pour l'aide demandée ou dans le cas d'une orientation vers un autre dispositif)

Par rapport à la demande et au traitement des difficultés à long terme

A....., le

Signature du Service Instructeur

DECISION ET MOTIF

(à remplir suivant les dispositifs)

A....., le
Signature