

### Aide demandée

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

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

☐ CPAM / MSA n° [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ☐ CAF n° [ ] [ ] [ ] [ ] ☐ AUTRE n° [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
(Cocher la case correspondante. A compléter si nécessaire à l'instruction de la demande. Mention obligatoire pour toute demande FUL)

- ☐ 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> ) :			
<b>PRESTATIONS</b>			
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...)			
<b>TOTAL</b>			

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

**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