

## DEMANDE DE PRÊT « COUP DE POUCE » DE 0 à 200 €

Madame, Monsieur,

Vous sollicitez un prêt « coup de pouce ». Vous trouverez les conditions d'octroi dans le règlement intérieur action sociale (RIAS) disponible sur le Caf.fr ou un extrait du règlement au dos de cet imprimé.

Pour nous permettre d'étudier votre demande veuillez compléter cet imprimé et nous le retourner, daté et signé.

N° allocataire : .....	QF Cnaf : .....	
Nom de l'allocataire : .....	Prénom : .....	
Nom du conjoint : .....	Prénom : .....	
Situation de famille : .....		
Adresse complète : .....		
.....		
.....		
N° de téléphone : .....	Adresse e-mail : .....	
Nombre d'enfants : ..... dont ..... à charge au sens des prestations familiales.		
Grossesse en cours	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Faites-vous l'objet d'une mesure de tutelle ? Si oui, joindre l'accord écrit du tuteur	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous déposé un dossier de surendettement ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous un prêt de la même nature ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

### MONTANT SOLLICITÉ ET MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Montant du prêt sollicité : .....
Nombre de mensualités souhaité : .....
(Retenue minimum 25€ par mois et durée maximum de remboursement de 8 mois)

### DESTINATAIRE(S) DU PRÊT « COUP DE POUCE »

L'allocataire Virement			
Un tiers Virement		Nom du tiers	

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur la présente demande sont exacts, complets et sincères.

J'autorise la Caisse d'allocations familiales de l'Ardèche à retenir sur mes prestations familiales la somme de : .....€ (25 € minimum) pendant ..... mois (8 mois maximum)

Fait à ..... le...../...../20.....

Signature de l'allocataire



Siège social  
56 bd Maréchal Leclerc  
07207 AUBENAS Cedex

Siège administratif  
27 av de l'Europe  
B.P. 121  
07101 ANNONAY Cedex

N° Tél unique  
**0810 25 07 80**  
0.06 cts/min  
+ prix d'un appel



**OFFRE PRÉALABLE ET CONTRAT DE PRÊT « COUP DE POUCE »**  
**Aides à la famille**

N° allocataire : ..... N° de dossier .....

Entre les soussignés :

Le directeur de la Caisse d'allocations Familiales de l'Ardèche, agissant par délégation du Président du Conseil d'administration

et .....

Domicilié(e) : .....

il a été convenu ce qui suit:

**Article 1 : Montant du prêt**

En date du ..... / ..... / 20....., il a été consenti au bénéficiaire ci-dessus désigné, un prêt sans intérêt, d'un montant de ..... Euros, destiné à financer la demande suivantes :

- **Prêt « coup de pouce ».**

La Caf de l'Ardèche se réserve le droit de réduire le montant du prêt en fonction des frais réellement engagés.

Cette offre préalable est valable jusqu'au .....

**Article 2 : modalité de versement du prêt**

Le versement de ce prêt sera effectué au profit du ou des destinataires de paiement identifiés dans le dossier.

Le présent contrat deviendra définitif après expiration du délai de réflexion de 14 jours prévu à l'article 7.

**Article 3 : modalité de remboursement du prêt**

Le bénéficiaire du prêt s'engage à rembourser la somme prêtée en : ..... mensualités de ..... Euros.

Selon les modalités suivantes : **retenue sur prestation**

La première mensualité est exigible à compter du 2<sup>ème</sup> mois qui suit la date de versement du prêt. Le bénéficiaire du prêt conserve le droit de se libérer par anticipation de tout ou partie de sa dette.

Dans le cas où cette retenue ne pourrait s'effectuer, le bénéficiaire du prêt s'engage à régler chaque mensualité par un mode de paiement à sa convenance et ce, avant le 05 de chaque mois.

**Article 4 : Rupture de contrat**

La totalité des sommes restant dues deviendra immédiatement exigible en cas :

- de non-paiement à l'échéance de l'une des mensualités de remboursement ;
- d'utilisation des fonds prêtés non conforme à leur destination ;
- de la vente ou de la cession de l'objet de l'emprunt ;
- de la perte de la qualité d'allocataire du bénéficiaire.

**Article 5 : Contrôle**

La CAF de l'Ardèche se réserve le droit de contrôler, par les moyens mis à sa disposition, l'utilisation des fonds et l'exécution des clauses de ce contrat.

**Article 6 : Élection de domicile**

Pour l'exécution des présentes, les parties élisent domicile au siège de la CAF de l'Ardèche.

**Article 7: Rétractation de l'acceptation**

L'emprunteur, après avoir accepté ce présent contrat, pourra revenir sur sa décision en nous faisant parvenir le bordereau de rétractation en recommandé avec accusé de réception dans un délai de 14 jours à compter de l'acceptation de l'offre.

Fait en 2 exemplaires le..... à.....

SIGNATURE DU CONTRAT

**L'emprunteur**

**La Directrice de la Caisse  
d'Allocations Familiales de l'Ardèche**



Siège social  
56 bd Maréchal Leclerc  
07207 AUBENAS Cedex

Siège administratif  
27 av de l'Europe  
B.P. 121  
07101 ANNONAY Cedex

N° Tél unique  
**0810 25 07 80**  
0.06 cts/min  
+ prix d'un appel



\*1 exemplaire à numériser dans la corbeille AS/AFI

SP/Pf-8 2 Demande de prêt « coup de pouce » 0-200€

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du directeur de la caisse d'Allocations Familiales de l'Ardèche

N° allocataire : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

« Je demande à bénéficier immédiatement du prêt qui m'a été accordé par la Caisse d'allocations Familiales d'Aubenas,

et je reconnais avoir été informé que cette demande a pour effet de réduire le délai légal de rétractation de quatorze jours.

Ce délai expirera immédiatement ce jour, date de transmission de la demande de paiement du prêt au service comptabilité de la CAF, sans pouvoir être inférieur à trois jours à compter de la date initiale de ma demande de prêt. »

Fait à Aubenas, le ..... / ..... / 20.....

Signature de l'allocataire ou son conjoint :



Siège social  
56 bd Maréchal Leclerc  
07207 AUBENAS Cedex

Siège administratif  
27 av de l'Europe  
B.P. 121  
07101 ANNONAY Cedex

N° Tél unique  
**0810 25 07 80**  
0.06 cts/min  
+ prix d'un appel

**Imprimé à compléter de la main de l'allocataire**



### **Prêt « coup de pouce » de 0 € à 200 € - Extrait du RIAS 2020 p.13**

*Ce prêt doit permettre aux familles allocataires (et au parent non gardien), de faire face à une dépense, une facture en urgence (facture de régularisation EDF, eau, gaz, loyer, frais de signification, frais de transport pour droit de visite, etc.) sans justificatifs obligatoires.*

#### Conditions :

- QF inférieur ou égal à 750
- ce prêt ne peut être accordé qu'une fois par an de date à date (même si le prêt précédent est déjà remboursé).
- ce prêt sera refusé si la famille a déjà plus de 75 € de recouvrement mensuel sur ses prestations (quel que soit le type de créance).



**Caf**  
de l'Ardèche

Siège social  
56 bd Maréchal Leclerc  
07207 AUBENAS Cedex

Siège administratif  
27 av de l'Europe  
B.P. 121  
07101 ANNONAY Cedex

N° Tél unique  
**0810 25 07 80**  
0.06 cts/min  
+ prix d'un appel



\*1 exemplaire à numériser dans la corbeille AS/AFI

SP/Pf-8 2 Demande de prêt « coup de pouce » 0-200€

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du directeur de la caisse d'Allocations Familiales de l'Ardèche