



CAF de l'aube Action Sociale

32 Rue Coulommière

10000 TROYES



N° AIIOCATAIRE. :

PRETA L'AMELIORATION DE L'HABITAT

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

RESSOURCES MENSUELLES

* Salaire (s) : _____ €.

* Indemnités, Montant : _____ €.
Nature ¹

* Autres revenus : _____ €.

_____ €.

CHARGES MENSUELLES

* Loyer Accession : _____ €.

* Charges (y compris chauffage) : _____ €.

* Crédits en cours

Nature : Montant : _____ €.

Fin de remboursement :

Nature : Montant : _____ €.

Fin de remboursement :

* Dettes éventuelles :

Nature(s) :

Montant : _____ €.

_____ €.

Fin de remboursement :

Avez-vous saisi la Commission de Surendettement ? OUI NON

AUTRES PRECISIONS NECESSAIRES AU TRAITEMENT DU DOSSIER

.....
.....

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

A le

Signature de Monsieur,

Signature de Madame,

¹ chômage, maladie, invalidité