

# Demande de prêt

## d'équipement ménager - mobilier - camping - équipement numérique

8, avenue du Six-Juin - CS 20001 - 14023 CAEN cedex 9  
 Service Logement, habitat et aides financières aux familles  
 prêts-equipement@caf14.caf.fr  
 02 31 30 90 30

QF .....
Nombre d'enfants .....

DATE D'EXPÉDITION
.....

N° allocataire

Tél : ..... Mail : .....

Situation de famille :  marié(e)  divorcé(e)  célibataire  veuf(ve)  séparé(e)  vie maritale  pacs

	Allocataire	Conjoint
Nom .....		
Prénoms .....		
Date de naissance.....		

ADRESSE ACTUELLE DE LA FAMILLE

.....

PERSONNES VIVANT ACTUELLEMENT AU FOYER

Prénom	Date de naissance	Prénom	Date de naissance

Emplacement réservé à la Caf

MAT 0000000 -  
 IDX L1020500 L 141 -  
 CDV AS AFI -



>00000001020500000000<

**Attention** : si vous avez un dossier en cours auprès de la Banque de France, l'octroi d'un nouveau prêt peut remettre en cause la procédure. Vous devez impérativement demander l'autorisation de la commission de surendettement.

Achats envisagés (le montant du devis doit être inférieur à 600 €) : .....

PLAN DE FINANCEMENT DE L' ACHAT ENVISAGÉ	
Montant du prêt demandé à la Caisse ..... (remboursement en ..... mensualités - maximum 24 mois)	..... euros
<b>MONTANT DE L' ACHAT A RÉALISER</b>	..... euros

Les frais de livraison ou de location de véhicule peuvent être inclus dans le prêt dans la limite de 60 euros (hors prêt équipement numérique). Ces frais devront apparaître sur le devis et la facture.



**JOINDRE UN DEVIS DÉTAILLÉ D'UN SEUL FOURNISSEUR**

*Je soussigné(e), certifie sur l'honneur ne pas avoir de dossier en cours auprès de la Commission de surendettement ou avoir l'accord de la Banque de France.*

*Je soussigné(e), certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts. J'autorise la Caf à verser le montant du prêt au fournisseur.*

A ..... le .....

*Signature,*

Si vous bénéficiez d'une **mesure d'accompagnement**, veuillez remettre cet imprimé à votre délégué(e) qui complètera la partie suivante :

**AVIS DU DÉLÉGUÉ**

Favorable

Défavorable

Montant des remboursements souhaités : .....  
(sur 24 mois maximum)

Fait le .....

*Signature et cachet du(de la) délégué(e),*

Emplacement réservé à la Caf

MAT 0000000 -  
IDX L1020500 L 141 -  
CDV AS AFI -



>00000001020500000000<