



## Demande d'aide financière à l'insertion professionnelle

Service Action Sociale

Caf de la Charente-Maritime – CS 90000 – 17073 LA ROCHELLE CEDEX 9

- Vous êtes allocataire et vous percevez une prestation familiale liée à la présence d'au moins un enfant au foyer, ou due au titre d'une grossesse de plus de 7 mois
- Vous accueillez votre(vos) enfant(s) dans le cadre d'une garde alternée
- Vous êtes parent non hébergeant, (vous avez la garde ponctuelle de vos enfants)
- Vous n'êtes pas allocataire mais vous avez un enfant à charge de moins de 18 ans

ET vous avez un quotient familial (QF) inférieur ou égal à 800 € à la date du dépôt de votre demande

Nom – Prénom : ..... N° allocataire : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Email : .....

Célibataire     marié(e)     séparé(e)     divorcé(e)     veuf(ve)

Depuis le : ..... Nombre d'enfants à charge : .....

- Etes-vous sous mesure de protection (tutelle, curatelle, mesure d'accompagnement social personnalisé, mesure d'accompagnement judiciaire) ?  oui, précisez : .....  non  
Si oui, nom de la personne qui assure votre protection : ..... Tel : .....

- Avez-vous rencontré un travailleur social pour cette demande ?  oui     non

Si oui, nom du travailleur social : .....

Organisme : ..... tél : .....

### Votre situation financière

- Etes-vous engagé dans une procédure de surendettement auprès de la Banque de France :

Oui     Non

Si oui, où en est votre dossier ?

En cours d'étude     déclaré recevable     moratoire

Remboursements en cours     Effacement des dettes

- Inscription au fichier des incidents de paiements :  oui jusqu'au .....  non



**VOS REVENUS DES TROIS DERNIERS MOIS** (en dehors des prestations familiales versées par la Caf)

Précisez le mois :			
Monsieur (précisez la nature) :			
Madame (précisez la nature) :			
Enfant ou autre personne au foyer :			
<b>PENSIONS ALIMENTAIRES</b> <input type="checkbox"/> PERCUES <input type="checkbox"/> VERSEES			

**VOTRE LOGEMENT**  location  accession à la propriété  caravane  autre : .....

Montant mensuel	
-----------------	--

CREDITS (précisez)	Montant mensuel

**Votre situation professionnelle**

Exercez-vous une activité professionnelle ?     Oui     non

Si non, envisagez-vous de démarrer :

une activité professionnelle ? (*joindre une promesse d'embauche ou un contrat de travail*)     oui     non  
si oui, à partir de quelle date ? .....

une formation ? (*joindre l'attestation de formation*)  
 oui : date de la formation .....     non


Expliquez votre projet professionnel : .....

.....

.....

**Montant maximum de l'aide qui peut vous être attribuée :**

 **2000 € maximum**

 **Si vous êtes en situation de surendettement ou inscrit au fichier des incidents de paiements**, aucun prêt ne sera accordé. Dans ce cas, une aide financière non remboursable sera étudiée, pour **un montant limité à 600 € maximum**.

**Motif de la demande :**

- Réparation de véhicule d'un montant de : ..... €
- Assurance de votre véhicule : ..... €
- Frais de garde d'enfants pour un montant de : ..... €

Précisez pour quel motif : .....

Montant total demandé : ..... €

Si vous obtenez un accord, quel montant envisagez-vous de rembourser ? .....€/mois

Durée maximum d'un prêt 48 mois / mensualité minimale 15€

**Justificatifs à fournir**

- Devis de réparation pour un véhicule
- Avis d'échéances pour une assurance
- Devis pour des frais de garde
- Le justificatif de surendettement de la banque de France ou le justificatif de votre inscription au fichier des incidents de paiements
- Si vous êtes sous mesure de protection, l'accord de votre tuteur.trice
- Si vous n'êtes pas allocataire, vous devez créer un compte allocataire en vous connectant sur le caf.fr. Une fois votre compte créé, vous pourrez y déposer votre RIB, nécessaire à la finalisation de la demande.



**Un dossier incomplet est considéré comme non recevable, une nouvelle demande devra être établie.**

**Déclaration sur l'honneur**

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande et que les documents joints sont exacts. Je m'engage à signaler à la Caisse tous les changements qui la modifieraient.

Certifié exact à ..... le.....

Signature de l'allocataire :

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L. 114-13 du Code de la Sécurité sociale - Article 441.1 du Code pénal). La Caf vérifie l'exactitude des déclarations.

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 rectifications pour les données vous concernant auprès du Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales qui verse les prestations.