



**C.A.F. DES COTES D'ARMOR**  
Service AFI  
CS 10000  
22096 SAINT-BRIEUC Cedex 9  
☎ 3230

**DEMANDE DE PRÊT POUR  
L'AMÉLIORATION DE L'HABITAT**  
En savoir plus : [www.caf.fr](http://www.caf.fr) > Ma Caf > Logement >  
Prêt pour l'amélioration de l'habitat

10900 DPAH  
N° allocataire CAF

0						
---	--	--	--	--	--	--

Nom – Prénom : .....  
Adresse du demandeur : .....  
Téléphone fixe et portable : .....  
Mail de contact CAF : .....

**SITUATION FAMILIALE**  célibataire  veuf(ve)  divorcé(e)  marié(e)  vie maritale  séparé(e)  
Une naissance est-elle attendue ?  OUI  NON

**COMPOSITION FAMILIALE**

	NOM - Prénom	Date de naissance	Situation professionnelle / Scolarité
Monsieur			
Madame née :			
Enfant(s)			

**TRAVAUX ENVISAGES**

Nature des travaux .....  
Date de début prévue : ..... Montant du devis : .....€  
Travaux effectués par :  vous même  un entrepreneur

**LOGEMENT A AMÉLIORER**

Adresse de ce logement (si différente de l'adresse ci-dessus) : .....  
Ce logement est-il votre résidence principale ?  OUI  NON  
Date de construction du logement : ..... Date d'occupation : .....  
Vous l'habitez en tant que  locataire  propriétaire ?  
Si vous êtes locataire, les dépenses engagées seront-elles remboursées totalement ou partiellement par votre propriétaire ?  OUI  NON ; Si oui, pour quel montant ? ..... €

**PLAN DE FINANCEMENT A COMPLÉTER**

le prêt représente 80 % du coût des travaux après déduction des primes ou prêts divers, dans la limite d'un montant maximum de 1 067,14 €

COÛT DE L'OPÉRATION		FINANCEMENT PRÉVU	
Coût des travaux	_____	Apport personnel	
	_____	Prêts divers	
	_____	Prime ou subvention	
	_____	<b>Montant du Prêt Amélioration de l'Habitat que vous sollicitez</b>	
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>	

☞ Une première fraction, égale à la moitié du montant total du prêt, est versée dès la signature du contrat de prêt.  
☞ Le solde est versé, sur production de factures, lesquelles doivent nous être fournies dans les 6 mois suivant le premier versement.

# CAPACITE DE REMBOURSEMENT DU PRET SOLLICITE A COMPLÉTER

BARREZ OU INDIQUEZ 0€ POUR LES CASES NULLES

<b>RESSOURCES MENSUELLES :</b>	<b>MONSIEUR</b>	<b>MADAME</b>
salaires		
indemnités (chômage, maladie, maternité, accident du travail) à préciser .....		
pension alimentaire reçue		
pension invalidité		
retraite, rente		
Autres revenus		
Prestations familiales (allocations logement, familiales, RSA ...)		
<b>TOTAL RESSOURCES MÉNAGE</b>		
<b>CHARGES MENSUELLES :</b>	<b>MONSIEUR</b>	<b>MADAME</b>
Montant loyer : .....€ - AL ou APL : ..... = ..... €		
pension alimentaire versée		
crédit en cours : nature, mensualité, date de fin de remboursement		
crédit en cours : nature, mensualité, date de fin de remboursement		
<b>TOTAL CHARGES MÉNAGE PRISES EN COMPTE</b>		
Autres (électricité, chauffage, téléphone, scolarité, charges locatives...) à préciser		

Avez-vous déposé un **dossier de surendettement à la Banque de France** ?  Oui  Non

Si oui, avez-vous contracté des dettes ?  Oui  Non

En préciser la nature et le montant .....

## **PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE**

- un devis ou une facture proforma détaillée des travaux ou matériaux (artisan ou commerçant)
  - une attestation des différents organismes prêteurs (s'il y a lieu)
  - en cas de location : l'accord écrit du propriétaire pour la réalisation des travaux
  - la copie du permis de construire pour les travaux soumis à autorisation ou déclaration de travaux
- Le dossier doit être déposé avant le début des travaux ou l'achat des matériaux*

## **DÉCLARATION DE L'ALLOCATAIRE**

Je soussigné M(me) ..... **reconnait en avoir pris connaissance et accepte toutes les conditions d'octroi** du prêt d'amélioration de l'habitat que je sollicite auprès de la Caisse d'Allocations Familiales des Côtes d'Armor.

**JE CERTIFIE SUR L'HONNEUR**, l'exactitude des informations fournies et autorise le traitement informatique des renseignements donnés dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Je prends connaissance du fait qu'ils pourront être vérifiés. Je m'engage à signaler tout changement qui les modifierait.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

*SIGNATURE*

<b>CADRE RÉSERVÉ A LA C.A.F.</b> QF CNAF _____ au _____
--

**La Caisse d'Allocations Familiales des Côtes d'Armor se réserve le droit de procéder à des contrôles, au vu de la (des) facture(s) acquittée(s), après accord et paiement de l'aide financière.**