



ALLOCATIONS
FAMILIALES

Caf
de l'Eure

POINTS DE VIGILANCE

FORMULAIRE

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE OU DE
REMISE DE PRÊT D'ACTION SOCIALE



DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE OU DE REMISE DE PRÊT D'ACTION SOCIALE

L'attribution d'une aide financière de la Caf ne revêt pas un caractère obligatoire et ne sera possible que dans la limite du budget disponible. Elle ne doit être sollicitée qu'après étude de tous les autres fonds possibles.

ALLOCATAIRE

numéro allocataire :

Nom

Prénom

Adresse

Nom et adresse de l'organisme instructeur :

Nom - prénom du travailleur social :

Tél. :

@ :

Si la situation administrative et familiale est différente de celle connue à la Caf, merci d'accompagner l'allocataire vers une actualisation de sa situation dans la rubrique "mon compte" du caf.fr

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

Depuis le : ___/___/_____

Logement : locataire propriétaire accédant hébergé autre (préciser) depuis le : _____

Coordonnées : Téléphone fixe ___/___/___/___/_____ Portable ___/___/___/___/_____

Adresse mail : _____@_____

Tutelle / curatelle (le tuteur / curateur doit être informé, en amont, de la demande)

COMPOSITION FAMILIALE :

Nom et Prénom	Date de naissance	Profession, Employeur, Ecole (si chômage, indiquer dernier employeur ou dernière activité)	depuis le
Allocataire :			
Conjoint :			
Enfants :			
Autres personnes au foyer :			

S'il existe une situation de chômage, préciser la date de fin de droit ou reliquat de jours (si le droit chômage arrive à son terme, merci de préciser si une demande d'allocation spécifique de solidarité est instruite), et préciser le dernier emploi ou formation avant cette situation de chômage

ACCOMPAGNEMENT et/ou SITUATIONS PARTICULIÈRES :

La famille bénéficie-t-elle d'un accompagnement social ou d'un suivi social régulier ? Oui Non

Nature et objectifs du travail engagé avec la famille :

Situations particulières :

Séparation de moins de 6 mois décès d'un enfant ou d'un parent naissances multiples

handicap ou maladie grave d'un enfant ou d'un parent

— 1/5 —

Pour les situations où une mesure de tutelle est en cours, merci de préciser que l'organisme tutélaire est informé de la demande d'aide financière

N° Allocataire : _____ NOM : _____

ÉTAT DÉTAILLÉ DES DETTES :

Nature des dettes	Nom des créanciers	Montants actualisés auprès des créanciers	Règlements effectués par la famille
		TOTAL :	

En fonction du montant total des dettes, étudier la possibilité d'un dépôt de dossier de surendettement.

DOSSIER DE SURENDETTEMENT :

Un dossier a-t-il été constitué ? Oui Non (si Oui, joindre une copie du plan avec l'état des dettes)

Si la dette faisant l'objet de la demande d'aide financière est déjà gérée dans un plan de surendettement respecté, aucune aide ne sera accordée à ce titre

TOUTES AIDES SOLLICITÉES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS :

Organisme	Objet	Décision et montant	Date

Si l'aide est sollicitée pour :

- loyer,
- eau,
- énergie,

Indiquer si le FSH est déjà intervenu dans les 5 ans pour le même objet.

OBJET et MONTANT de la DEMANDE :

	Subvention	Prêt	Remise de prêt action sociale	Destinataire du paiement	
				Allocataire	Tiers (nom)*
SOUTIEN A LA PARENTALITE Temps libre familial <input type="checkbox"/> Temps libre enfant <input type="checkbox"/> Vie scolaire <input type="checkbox"/> Mode de garde/ Aide à domicile <input type="checkbox"/> Frais d'obsèques <input type="checkbox"/> Aides sur projet <input type="checkbox"/>					
LOGEMENT – HABITAT Eau <input type="checkbox"/> Energie <input type="checkbox"/> Assurance habitation <input type="checkbox"/> Impayés de loyers <input type="checkbox"/> Frais d'accès logement <input type="checkbox"/> Concordat locatif/ accession <input type="checkbox"/> Aide à l'amélioration du logement <input type="checkbox"/> Aides sur projet <input type="checkbox"/>					
AUTONOMIE – INSERTION SOCIALE Dépenses liées à un véhicule <input type="checkbox"/> Handicap <input type="checkbox"/> Aides sur projet <input type="checkbox"/>					
AFI convention					

Précision sur les aides sur projet **logement** : cela concerne généralement de l'équipement (meublier ménager de première nécessité)

*joindre le RIB du destinataire de paiement

BUDGET :

 N° Allocataire :

NOM :

RESSOURCES MENSUELLES		
Type	Monsieur	Madame

En cas de divergence des revenus connus à la Caf, pour l'ensemble des personnes présentes au foyer, nous inviterons l'allocataire à actualiser son dossier Caf.

CHARGES MENSUELLES	
Type	Montant

Si le montant de charge pour téléphonie est élevé, merci d'en indiquer la raison (type de forfait, nom de l'opérateur,...)

Si la famille a plusieurs crédits, en fonction de la capacité de remboursement, préciser dans l'exposé si l'opportunité du dépôt d'un dossier de surendettement a été envisagé avec la famille

BUDGET : RESSOURCES MENSUELLES			CHARGES MENSUELLES	
Type	Monsieur	Madame	Type	Montant
Salaire (moyenne du net imposable)			Loyer (charges comprises)	
Indemnités (chômage ou IJ)			Mensualité accession	
Pension (retraire/réversion/invalidité/rente AT)			Electricité	
Revenu de solidarité active (RSA)			Combustible	
Prime d'activité (PPA)			Eau	
Allocation adulte handicapé (AAH)			Téléphone/internet	
Allocation soutien familial (ASF)			Assurance habitation	
Pension alimentaire reçue			Assurance véhicule	
Allocations familiales			Autres assurances	
Complément familial			Mutuelle	
Allocation de base			Taxe Foncière	
Prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE)			Taxe d'habitation / redevance	
Aide au logement (APL ou AL)			Impôt sur le revenu	
Réduction de Loyer de Solidarité (RLS)			Cantine enfants	
Autres ressources			Frais de garde	
			Frais de transport	
			Pension alimentaire versée	
			Forfait personne à charge	
			Total charges (1)	
Ressources autres personnes			Type crédits (nature) / remboursement dettes / BDF (2)	
Total ressources			Total crédits remboursement dettes / BDF (2)	
Nombre de personnes au foyer			Total général charges (1) + (2)	

SOLDE DISPONIBLE (par jour et par personne)

Indiquez ci-dessous si d'autres fonds ont été sollicités avant de formuler cette demande, ou en parallèle, dans le cadre d'un co-financement et précisez dans les commentaires la suite réservée, le montant ou la raison du non-recours.

	OUI	NON	COMMENTAIRES
FSH accès – maintien – eau – énergie			
Autres fonds du Conseil Départemental			
CCAS			
CARSAT			
Retraites complémentaires			
Autres			

— 4/5 —

EXPOSÉ DE LA SITUATION / ARGUMENTAIRE :

- Contexte dans lequel s'inscrit la demande (situation familiale, parcours professionnel, parcours locatif, situation socio-économique et administrative...),
- Origine de la demande en précisant l'évènement déclencheur,
- Démarches déjà effectuées par la famille et le travailleur social,
- Pour les aides sur projet : indiquer les axes du plan d'action en lien avec la demande d'aide financière.

Date

Signature du travailleur social

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.114-13, L. 835-5 du code de la Sécurité sociale et 441-1 du code pénal). La Caf/MSA vérifie l'exactitude des déclarations (Art. L. 114-19 du code de la Sécurité sociale).

La loi n° 78-17 du 06/01/1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.

Formulaire mis à jour en octobre 2021

— 5/5 —