



# 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. :

@ :

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 <i>(si chômage, indiquer dernier employeur / dernière activité)</i>	depuis le
Allocataire :			
Conjoint :			
Enfants :			
Autres personnes au foyer :			

## 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

N° Allocataire :

NOM :

**ÉTAT DÉTAILLÉ DES DETTES :**

Nature des dettes	Nom des créanciers	Montants actualisés auprès des créanciers	Règlements effectués par la famille
<b>TOTAL :</b>			

**DOSSIER DE SURENDETTEMENT :**

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

**TOUTES AIDES SOLLICITÉES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS :**

Organisme	Objet	Décision et montant	Date

**OBJET et MONTANT de la DEMANDE :**

	Subvention	Prêt	Remise de prêt action sociale	Destinataire du paiement	
				Allocataire	Tiers (nom)*
<b>SOUTIEN A LA PARENTALITE</b>  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"/>					
<b>LOGEMENT – HABITAT</b>  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"/>  locatif/accession <input type="checkbox"/> Aide à l'amélioration du logement <input type="checkbox"/> Aides sur projet <input type="checkbox"/>					
<b>AUTONOMIE – INSERTION SOCIALE</b>  Dépenses liées à un véhicule <input type="checkbox"/> Handicap <input type="checkbox"/> Aides sur projet <input type="checkbox"/>					
<b>AFI convention</b>					

\*joindre le RIB du destinataire de paiement



N° Allocataire :

NOM :

**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			

**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 de l'allocataire:

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 janvier 2022