



# DEMANDE D'AIDE FINANCIERE EXCEPTIONNELLE (ou remise de dette 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.

Toute demande incomplète sera considérée irrecevable.

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature de l'allocataire

Signature du travailleur social

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessous, et déclare en outre ne pas bénéficier d'autres ressources.

## 1- BENEFCIAIRE

**Les informations suivantes relatives au bénéficiaire et sa famille doivent être conformes aux informations connues par la Caf. Merci de consulter CDAP pour confirmer ces informations avec le bénéficiaire avant toute transmission de demande. Si les informations connues à la Caf sont différentes, il convient d'inviter le bénéficiaire à mettre à jour sa situation sur [caf.fr](http://caf.fr) avant de formuler la demande d'aide financière exceptionnelle.**

**Allocataire**

**MATRICULE : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

QF du mois de la demande : \_\_\_\_\_ €

Situation de famille :

célibataire  marié(e)  vie maritale  pacs  divorcé(e)  veuf(ve)  séparé(e)

Depuis le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Logement :  locataire  propriétaire  accédant  hébergé(e)  autre (préciser) : \_\_\_\_\_

depuis le : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

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

MATRICULE : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

NOM :

## 2. ORIGINE DE LA DEMANDE

La famille bénéficie-t-elle d'un accompagnement social ?

Oui

Non

Si oui, indiquer depuis quelle date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- Nature de l'accompagnement : \_\_\_\_\_
- Date de fin prévisionnelle de l'accompagnement : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Objectifs de l'accompagnement :

-  
-  
-  
-

Si non, indiquer l'évènement fragilisant :

- séparation
- décès d'un enfant ou d'un parent
- handicap ou maladie grave d'un enfant ou d'un parent

### **Offre de service (pour aides sur projet travailleurs sociaux Caf) :**

- séparation de moins de 6 mois
- décès d'un enfant ou d'un parent
- impayés de loyer (ALF)
- parents seuls
- handicap ou maladie grave d'un enfant

## Composition familiale

Nom et Prénom	Date de naissance	Profession, Employeur, Ecole	Depuis le
Allocataire : Conjoint : Enfants :			
<i>Autres personnes au foyer :</i>			





MATRICULE : / / / / / / / / / /

NOM :

RESSOURCES MENSUELLES			CHARGES MENSUELLES		
Type	Monsieur	Madame	Type	Montant	
Salaire (salaire net social)			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)			Impôt sur le revenu		
Aide au logement (APL ou AL)			Cantine enfants		
Autres ressources			Frais de garde		
			Frais de transport		
			Pension alimentaire versée		
			Forfait personne à charge		
			<b>Total charges (1)</b>		
			<b>Type crédits (nature) / remboursement dettes / BDF</b>	<b>Montant</b>	<b>Fin de remboursement</b>
Ressources autres personnes					
			<b>Total crédits (2)</b>		
<b>Total ressources</b>			<b>Total général charges</b>		
<i>Nombre de personnes au foyer</i>			(1) + (2)		
<b>SOLDE DISPONIBLE (par jour et par personne)</b>					

MATRICULE : / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

NOM :

## **6. EXPOSE 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).

*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.*

Travailleur social :

Téléphone :

Mail :

Adresse :



## ANNEXE à compléter

### Pour toutes les demandes d'aide financière "Achat de véhicule"

**Le budget auto ne doit pas dépasser 10 à 15 % des revenus mensuels pour ne pas déséquilibrer le budget de la famille. Cela inclut le prêt auto ou le loyer de leasing, l'assurance, l'entretien et le carburant. Par exemple, avec des ressources de 2 000 € par mois, limiter les dépenses automobiles à environ 200 à 300 € par mois.**

**MATRICULE :** /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

**NOM :**

**MARQUE :**

**Modèle :**

**Année :**

**KMS :**

**Carburant :**

**Nombre de place :**

**Nombre de chevaux fiscaux :**

**Tarif carte grise :**

Charges liées à un véhicule			Ressources de la famille	
Type	Monsieur	Madame		
Assurance véhicule <small>(si pas indiqué dans Rubrique 5 « Budget » sur la demande)</small>				
Carburant prévisionnel				
Entretien prévisionnel				
<b>Total Charges mensuelles liées au véhicule</b>				
<b>Total Charges budget</b>			<b>Total Ressources Budget</b>	
<b>Nombre de personnes au foyer</b>				

<b>SOLDE DISPONIBLE (par jour et par personne)</b>	
--	--