

## AIDE REMBOURSABLE POUR UN EQUIPEMENT MENAGER ET/OU MOBILIER

Monsieur, Madame,

La Caisse d'Allocations Familiales des Landes peut accorder une aide remboursable sans intérêt pour l'achat de biens d'équipement de **première nécessité** neufs ou d'occasion, à ses allocataires ayant au moins un enfant à charge au sens des prestations familiales et un quotient familial inférieur à 794 € le mois précédant le dépôt du dossier complet (ou 1000 € si présence d'un enfant bénéficiaire d'AEEH et AJPP).

207, rue Fontainebleau  
40023 MT DE MARSAN

Tél. : 32 30  
www.caf.fr

- Pour un montant maximum de **600 € pour de l'équipement ménager**
- Pour un montant maximum de **600 € pour de l'équipement mobilier**

APPAREIL MENAGER Classe énergétique A.B.C.D.E.	MOBILIER
Aspirateur	Canapé convertible ou fixe
Micro-ondes multifonctions	Sommier 1 ou 2 place(s)
Plaque de cuisson ou cuisinière (induction, vitrocéramique, gaz, électrique)	Rangements (armoire, buffet, meuble de cuisine)
Lave-linge / sèche linge	Lot de 4 pieds de lit
Lave-vaisselle	Lits superposés avec sommiers
Réfrigérateur ou Réfrigérateur combiné	Matelas 1 ou 2 place(s)
Congélateur	Table / chaises
Four encastrable	Bureau

L'aide octroyée est **versée au commerçant** ou à une recyclerie.

Elle est remboursable en 24 mensualités maximum, **la première mensualité étant exigée un mois après le versement.**

Les paiements au commerçant ne sont déclenchés qu'au retour du ou des plans de remboursement original(aux) signé(s).

Un plan de remboursement doit être soldé pour déposer une nouvelle demande de même nature (ménager / mobilier) et un délai de 3 ans minimum est nécessaire avant de pouvoir réaliser un dossier pour le même équipement.

Afin d'évaluer votre éligibilité, vous devez compléter le formulaire ci-joint, et le renvoyer accompagné **du devis du ou des équipement(s) envisagé(s)** avec les prix hors promotion.

Sont exclus du prix les extensions de garantie, les frais de transport et/ou d'installation.

*Une copie du devis doit être conservée par l'allocataire pour toute réclamation de la part du commerçant.*

Les articles choisis doivent correspondre aux critères de **première nécessité**.

En cas d'utilisation de la somme versée pour un autre objet que celui ou ceux pour le ou lesquels l'aide a été attribuée, celle-ci devra être immédiatement et intégralement remboursée.

Votre conseiller CAF



# AIDE REMBOURSABLE ÉQUIPEMENT MÉNAGER / MOBILIER

## FORMULAIRE DE DEMANDE 2026

2

TOUTE DEMANDE INCOMPLETE SERA REFUSEE

Numéro allocataire : .....

### Renseignements concernant l'allocataire

NOM et PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

### Renseignements concernant le conjoint :

NOM et PRÉNOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

ADRESSE : .....

.....

N° TÉLÉPHONE : .....

ADRESSE MAIL : .....

Nombre d'enfants à charge : .....

### Renseignements sur la nature des équipements :

APPAREIL(s) MENAGER(s) concernés par la demande : .....

.....

EQUIPEMENT(s) MOBILIER(s) concernés par la demande : .....

.....

Durée de remboursement :  12 mois  18 mois  24 mois

### **Vous achetez cet équipement à la suite de :**

- L'accueil d'un enfant
- Une séparation / un divorce
- L'emménagement d'un premier logement
- La prise d'un logement non meublé, à la sortie d'un logement meublé, ou d'un logement d'urgence
- Autre (précisez) .....

**Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ?**  OUI  NON

Si oui, laquelle ?  Tutelle  Curatelle  MJAGBF

**Avis obligatoire du service de protection :** Favorable  Défavorable

Nom, signature et cachet du service de protection :



Avez-vous déposé un dossier de surendettement ?  OUI  NON

Si oui :

- Bénéficiez-vous d'une période de moratoire ?  OUI  NON

Si oui, joindre à votre demande la copie du plan de redressement précisant la période du moratoire.

- Bénéficiez-vous d'une P.R.P. (Procédure de Rétablissement Personnel) ?  OUI  NON

Si oui, joindre à votre demande la copie du jugement.

- Avez-vous un plan conventionnel de redressement en cours ?  OUI  NON

Si oui, joindre à votre demande la copie du plan conventionnel de redressement et la déclaration de ressources et charges ci-dessous.

### DÉCLARATION DES RESSOURCES ET CHARGES

(A compléter uniquement si vous êtes en situation de surendettement)

#### MOYENNE MENSUELLE DES CHARGES

	Montant	Date fin des crédits	Montant des dettes
Loyer ou mensualité d'accession			
Mensualité Plan de surendettement			
Eau			
EDF-GDF			
Frais de scolarité			
Cantine ou ½ pension			
Assurance habitation			
Assurance véhicule			
Assurance vie			
Mutuelle			
Taxe foncière			
Impôts sur les revenus			
Téléphone			
Autres charges (à préciser)			



## DÉCLARATION DES RESSOURCES DU MOIS PRÉCÉDANT LA DEMANDE

Indiquez les ressources de toutes les personnes présentes à votre domicile.

4

	Monsieur	Madame	Autres personnes
Salaire / forfait			
Indemnités chômage			
Indemnités journalières maladie			
Pension d'invalidité			
Rente accident du travail			
Retraite			
BIC ou BMC			
Autres ressources (à préciser)			

### Si vous vivez seul(e) avec vos enfants

Pour chacun de vos enfants à charge, pour lesquels vous ne percevez pas d'ASF (Allocation de Soutien Familial), vous devez compléter le tableau ci-dessous.

Nom et prénom de ou des enfants	Montant mensuel de la pension alimentaire perçue

S'il n'y a pas d'ASF ou de pension alimentaire versée vous devez joindre obligatoirement le justificatif des démarches effectuées pour faire fixer le montant de la pension alimentaire.

Une fois la pension fixée l'intermédiation financière est systématique.

Retrouvez toutes les informations sur le compte caf.fr : rubrique "je me sépare"

### Type de logement que vous occupez

- Un logement dont vous êtes propriétaire, accédant à la propriété ou locataire
- Vous êtes logé à titre gratuit dans un logement indépendant (*Joindre un justificatif de paiement de charges*)
- Vous êtes actuellement hébergé et vous allez prendre un logement indépendant (*Joindre obligatoirement l'attestation d'attribution d'un logement indépendant*)
- Vous habitez une aire d'accueil des gens du voyage (*Joindre obligatoirement l'attestation précisant que vous êtes à jour du paiement de vos charges*)
- Vous habitez en caravane sur un terrain familial.....

Je soussigné(e),..... certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande, ainsi que les documents joints sont exacts ;

Fait à ....., le .....

SIGNATURE de l'allocataire

Si vous rencontrez des difficultés pour compléter une ou plusieurs parties de cette demande, vous pouvez contacter la CAF au 3230 ou vous rendre dans l'un de nos points d'accueil.

