N° d’allocataire :

 **Demande de Secours**

 

 ***L’aide est réservée aux familles remplissant l’ensemble des conditions suivantes :***

*- Ayant au moins un enfant de moins de 21 ans à charge au sens des prestations familiales,
percevant une ou plusieurs prestations familiales au sens de l’article L511-1 du code de la Sécurité Sociale (Allocation de Rentrée Scolaire compris).*

*- Dont le quotient familial du mois de la demande ou du mois précédant est inférieur ou égal à* ***450 €*** *ou aux bénéficiaires du dispositif Reliance.*

 *- Bénéficiaires du Rsa*

 *- N’ayant pas  bénéficié d’une aide similaire dans les deux dernières années*

***Demande à adresser sur la boite mail suivante :*** *POLEAFILS@caf54.caf.fr*

QF Caf du mois de la demande ou du mois précédent le cas échéant ……………...

Date de la demande : …...................................................................................……..

Nom et Prénom de l’allocataire : ....................................................................……..

Situation familiale :

⎕ seul avec enfant ⎕ en couple avec enfant depuis le ……… ⎕ parent non-gardien

Adresse : ..............................................................................................................

.........................................................................................................................…

N° de téléphone: ................................................................................................

**Coordonnées du référent unique** *(tampon du référent unique)*

NOM Prénom : ....................................................................................................

Organisme : …………………………………………………………………………………………………..

Tél.: ....................................................................................................................

Courriel : ……………………………………………………………………………………………………….

Courriel: .............................................................................................................

**21 rue de Saint-Lambert**

**54046 NANCY CEDEX**

**Tél. : 3230**

(prix appel local)

**www.caf.fr**

**Horaire d'ouverture**

**au public :**

**du lundi au vendredi**

**de 8h30 à 16h00**

**sans interruption**

***La demande doit être obligatoirement formulée par le référent unique Rsa ou Reliance.***

A ............................................................., le ............................................ 20

*Signature de l’allocataire :*

*La loi n° 78-77 du 6 janvier 1978 (article 27) relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés s’applique aux réponses faites à ce formulaire. Cette loi garantit un droit d’accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Direction de la caisse d’Allocations familiales. Ces documents sont destinés à l’examen des situations individuelles en Commissions.*



**PROPOSITION DE L’INSTRUCTEUR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Objets et montants sollicités**  |  |
| **Fournisseur/prestataire ou autre à préciser** |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECOURS**(Aide non remboursable**)** | Montant total sollicité : ………………………………………..**L’aide peut être mobilisée jusqu’à hauteur de 500€.** |

**Première demande :**  **Oui NON**

**Autres dispositifs mobilisés :…………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Participation financière de la famille :………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

***Modalités de paiement***

***Attention***

* *Le montant de l’aide financière est versé en priorité au tiers et si besoin à l’allocataire sur proposition de l’instructeur de la demande.*
* *La facture doit être produite dans un délai maximum* ***de deux mois à compter de la notification****. Au-delà de ce délai, le dossier est classé sans suite.*
* *La vente entre particulier  et la vente en ligne sont exclues.*
* *L’objet de la demande ne doit pas avoir été acheté avant l’accord de l’instructeur.*

**Versement au tiers :**  OU **versement allocataire** :

**Si versement à l’allocataire, pourquoi :………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

*(Joindre RIB)*

**Pièces à fournir : Devis**

A …………………………………………..…..Le ............................................ 20

*Signature de l’instructeur:*

***EXPOSE SOCIAL***

***(en quelques lignes)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Projet Professionnel** Frais de mobilité, frais de garde, petit équipement de travail.Participation au permis de conduire, frais de réparation véhicule ou d’achat de véhicule (en complémentarité d’une autre aide et avec projet abouti)Frais liés à la mise en œuvre d’un projet professionnel (retour à l’emploi ou de la formation, immersion professionnelle…)***(Il ne s’agit que d’exemples)*** | Exposé social |
| **Projet enfance-famille**  Mobilier de 1ère nécessité respectant un rapport qualité/prix acceptableFrais de garde, frais de mobilité, frais de scolarité, loisirs et cultureAide à l’aménagement du cadre de vie (papier peint, peinture)Aide à domicile (résiduel)***(Il ne s’agit que d’exemples)*** | Exposé social : |