

Date d'envoi :

IMPRIMÉ UNIQUE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Service instructeur

Nom :	Adresse :
-------	-----------

Intervenant

Nom et prénom :	Qualité :
Téléphone :	Mail :

Demandeur

Numéro d'allocataire (CAF ou MSA) :	
NOM (marital s'il y a lieu) :	Prénom :
Nationalité <i>(uniquement pour le FAJ)</i> :	
Adresse :	Téléphone :
CP Commune :	E-Mail :
Statut au regard du logement :	
<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Hébergé(e) <input type="checkbox"/> FJT <input type="checkbox"/> Autre structure <input type="checkbox"/> Sans logement	
Situation professionnelle :	Niveau d'études (BEP, CAP...) <i>pour FAJ uniquement</i> :
<input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Autre cas	
Numéro de sécurité sociale :	
<i>(uniquement pour les allocataires MSA et demandes d'aide financière CARSAT)</i>	

Destinataire

CAF <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	ASE <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
MSA <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	FAJ <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
CCAS <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	FSL <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
CPAM <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Autre <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

* Secours d'urgence

** Allocation mensuelle d'aide à l'enfance

--

Composition du ménage

	Demandeur	Conjoint
Nom de naissance		
Prénom		
Date de naissance		
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) / Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) Depuis le :	
Situation professionnelle	Depuis le :	Depuis le :

Enfants à charge

Nom	Prénom	Naissance	Sexe	Situation scolaire et/ou professionnelle (établissement, centre de formation...)	Résidence alternée
			○ M ○ F		○ Oui ○ Non
			○ M ○ F		○ Oui ○ Non
			○ M ○ F		○ Oui ○ Non
			○ M ○ F		○ Oui ○ Non
			○ M ○ F		○ Oui ○ Non
			○ M ○ F		○ Oui ○ Non
			○ M ○ F		○ Oui ○ Non
			○ M ○ F		○ Oui ○ Non
			○ M ○ F		○ Oui ○ Non
Naissance attendue ? Oui Non					

Enfants non à charge et pris en charge périodiquement

Nom	Prénom	Naissance	Sexe	Lieu de vie habituel (autre parent, famille, établissement...)	Résidence alternée
			○ M ○ F		○ Oui ○ Non
			○ M ○ F		○ Oui ○ Non
			○ M ○ F		○ Oui ○ Non

Enfants ou autres personnes vivant au foyer

Nom	Prénom	Naissance	Parenté	Situation

Situation économique et financière

Ressources du mois en cours	Demandeur	Conjoint	Autre(s) au foyer
Situation professionnelle actuelle			
Salarié en CDI			
Salarié en CDD, intérim			
Revenus non-salariés, commerçant, artisan, exploitant agricole, ...			
Allocation chômage <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> ARE			
Rémunération de stage, d'apprentissage			
Indemnités journalières			
Pensions			
... de retraite			
... invalidité			
... de réversion			
... de veuvage			
... militaire			
... alimentaire			
... prestation compensatoire			
Allocations			
Allocation aux adultes handicapés			
RSA			
Rente accident			
Prime d'activité			
<input type="checkbox"/> AL/APL au bénéficiaire <input type="checkbox"/> Versé au tiers			
Autres ressources			
Prestations familiales			
Allocations familiales			
Allocation de base			
Complément de libre choix du mode de garde			
Prestation partagée éducation de l'enfant			
Complément familial			
Allocation de soutien familial			
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé			
Autres ressources (ARS,...)			
TOTAL DES RESSOURCES			
TOTAL DES RESSOURCES DU FOYER			
TOTAL DES RESSOURCES DU FOYER (moins AL/APL)			
Pension alimentaire / ASF			
<i>A remplir impérativement pour les enfants de parents séparés</i>			
Pour chacun des enfants concernés, indiquer le montant de la pension alimentaire attribuée et/ou le montant de l'ASF (totale ou complémentaire)			
NOM – Prénom	Montant PA, ASF, ASF c.	NOM – Prénom	Montant PA, ASF, ASF c.
À défaut des démarches administratives ou des procédures sont-elles engagées en vue d'obtenir la pension alimentaire, de l'ASF ou l'intermédiation financière ?			
Si non, pourquoi ?			

Observations :

Situation économique et financière (suite)

Charges mensuelles	Montant	Dettes
Charges liées au logement (montants mensuels)		
Loyer		
Accession à la propriété		
Frais d'hébergement		
TOTAL DU LOYER		
Charges d'énergie pour le logement (montants mensuels)		
Électricité (y compris chauffage) <input type="checkbox"/> Cocher si mensualisé		
Eau <input type="checkbox"/> Cocher si mensualisé		
Autre moyen de chauffage Préciser :		
Gaz en bouteille		
Assurance habitation		
Impôts (taxe habitation, taxe foncière, ordures ménagères, redevances incitatives)		
TOTAL DES CHARGES RÉSIDUELLES POUR LE LOGEMENT		
Charges liées aux enfants (montants mensuels)		
Frais de scolarité (cantine, transport, internat)		
Pension alimentaire à reverser		
Frais de garde (en totalité)		
TOTAL DES CHARGES LIÉES AUX ENFANTS		
Autres charges (montants mensuels)		
Communication <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Internet		
Assurance (Nombre de véhicules :)		
Impôts		
Mutuelle		
Frais de transport		
Découvert bancaire utilisé		
Autre (préciser) :		
TOTAL DES AUTRES CHARGES		
Crédits, saisies, plan d'apurement, indus (préciser et détailler – indiquer le coût mensuel)		
		De à
		De à
		De à
		De à
Saisine de la commission de surendettement <input type="checkbox"/>		Date de saisine :
Plan conventionnel de redressement <input type="checkbox"/>		Date de fin :
PRP <input type="checkbox"/>		Date de fin :
Moratoire <input type="checkbox"/>		
TOTAL DES CREDITS		
TOTAL GÉNÉRAL		
RESTE À VIVRE PAR JOUR POUR LE FOYER		
Mesures de protection et/ou d'aide à la gestion du budget		
Oui	Non	Sollicitée (en cours)

Observations :

(Préciser les dates de dernières factures payées)

Historique des aides sollicitées sur les 6 derniers mois

	Montant global de l'aide	Date accord	Date refus
Centre communal d'Action Sociale			
Caisse d'Allocations Familiales			
Mutualité Sociale Agricole			
Caisse primaire d'Assurance Maladie			
Aide Sociale à l'Enfance			
Fonds Solidarité Logement – Énergie			
Fonds Solidarité Logement – Accès			
Fonds Solidarité Logement – Impayés de loyer			
Fonds d'Aide aux Jeunes (Secours d'urgence, aides financières Comité FAJ, actions d'accompagnement)			
Autres (bons, colis...)			

Plan d'aide sollicité

Service destinataire	Montant de l'aide sollicitée	Modalités de paiement (carte, mensualité...)	Subvention / prêt virement
Centre communal d'Action Sociale			<input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt
Caisse d'Allocations Familiales / Mutualité Sociale Agricole Secours d'urgence Aide financière			Subvention <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt
Caisse Primaire d'Assurance Maladie			<input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt
Fonds Solidarité Logement – Accès Cautionnement Dépôt de garantie ASLL 1 ^{er} loyer Frais d'agence Assurances Déménagement Aide à l'installation Facture résiliation énergie (nv logement)			Prêt Prêt <input type="checkbox"/> Oui. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt Prêt <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt
Fonds Solidarité Logement – Maintien Impayés de loyer Énergie / Fluides Aide incurie Impayés télécommunication Impayés place de stationnement (GdV)			<input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt Subvention <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt <input type="checkbox"/> Sub. <input type="checkbox"/> Prêt
Aide Sociale à l'Enfance Secours d'urgence <i>Allocation mensuelle</i> AM** insuffisance de ressources AM** "action socioéducative spécifique"			Subvention Virement : Famille <input type="checkbox"/> Famille. <input type="checkbox"/> Tiers
Fonds d'Aide aux Jeunes SU* bons alimentaires SU* bons hygiène SU* bons carburant SU* virement <i>Aide Comité FAJ</i> Financière Action d'accompagnement			<input type="checkbox"/> Jeune. <input type="checkbox"/> Tiers Virement : <input type="checkbox"/> Jeune. <input type="checkbox"/> Tiers
Autres (Microcrédit Emmaüs...)			

* Secours d'urgence

** Allocation mensuelle

IMPORTANT

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Département de la Vendée **pour la gestion de l'imprimé unique notamment afin de déterminer le plan d'aide et réaliser les démarches nécessaires d'aides financières, la réalisation de l'évaluation sociale ainsi que la réalisation de statistiques anonymes**. Les données collectées et traitées sont conservées en lien avec les dispositions législatives et réglementaires en vigueur ou à défaut conformément aux prescriptions des archives de France et/ou des archives départementales et sont destinées **aux agents habilités du Département de la Vendée et aux organismes payeurs**. Conformément à la loi « informatique et libertés » modifiée, vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès et également exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en vous adressant par voie électronique à l'adresse protection.donnees@vendee.fr ou à défaut par voie postale : Département de la Vendée, Délégué à la protection des données, 40 rue du Maréchal Foch, 85923 LA ROCHE-SUR-YON CEDEX 9. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (3 place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex – www.cnil.fr).

Après la lecture des informations susmentionnées, je, soussigné(e)

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés à la connaissance du service et m'engage à signaler tout changement qui interviendrait dans ma situation.

Fait à _____, le _____

Signature

ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION SOCIALE ET PLAN D'AIDE PROPOSÉ

Nom :	Prénom :
Adresse :	Téléphone :
CP Commune :	E-Mail :
Numéro d'allocataire (CAF ou MSA) :	
Numéro de sécurité sociale :	

Signature du référent social :	Signature du responsable :
--------------------------------	----------------------------

Réponse FAJ :

--	--

Signature du référent social :	Signature du responsable :
--------------------------------	----------------------------

Réponse FAJ :
