**DEMANDE DE SECOURS DECES**

**COLLECTIVITE EMPLOYEUR****-------------------------**

|  |
| --- |
| **Le bénéficiaire** |
| Madame | Nom usuel : | Prénom : |
| N° SS : | Date de naissance : | N’adhèrent ADAS : |
| Adresse :  | N° de téléphone : |
| Code postal :  | Commune : |
| Situation Familiale : | Régime de sécurité sociale : | Nationalité : |

|  |
| --- |
| **B – Les ayants droits***(pour le ou lesquels vous demandez l’allocation)* |
| **Nom** | **Prénom** | **Date de naissance** | **Lien de parenté** | **Situation professionnelle** |
|  |  |  | --------------------- | --------------------- |

**COORDONNÉES DE L’INSTRUCTEUR**

**(Maire, Président (selon le cas) ou correspondant)**

Nom et Prénom :

Adresse :

Personne à contacter : N° de Téléphone :

Date:

|  |
| --- |
| **Merci de joindre les justificatifs (bulletin de salaires, factures, relevé de compte du mois échu ...)** **et complétez ce budget mensuel** |
|   |   |
| **RESSOURCES (en €)** |
| Salaire agent  |   |
| Salaire conjoint  |   |
| Prestations familiales  |   |
| Autres  |   |
| ***Total des ressources***  |  |
| **DÉPENSES**  **(en €)** |
| Loyer et charges ou Prêt immobilier et charges copropriété € |   |
|  Électricité / Gaz |   |
| Eau  |   |
| Crédit |   |
| Téléphone et internet  |   |
| Assurance (habitation et véhicule)  |   |
| Impôts (revenus + locaux + fonciers + ordures ménagères)  |   |
| Frais de garde d’enfants (sauf demi-pensions)  |   |
| Mutuelle  |   |
| Pension alimentaire  |   |
|  AUTRES CRÉDITS  |   |
|  ***Total des dépenses***  |  |
| ***RESTE A VIVRE POUR LA FAMILLE*** ***(Sans les frais d’obsèques) =***  |

**AVIS MOTIVE à remplir par L’INSTRUCTEUR**

**(Maire, Président (selon le cas) ou correspondant)**

**Coordonnées des pompes funèbres destinataire du paiement :**

Fait à : le

Qualité et signature de l’Instructeur

|  |
| --- |
| **CADRE RESERVÉ À L’A-D-A-S**En date du : **Montant de l’aide accordée : €**uros  |