

DEMANDE D'AIDE AUPRES DE L'ADAS

COORDONNEES DU DEMANDEUR

N° CAF :

N° Sécurité Sociale :

Nom et Prénom :

Date et Lieu de naissance :

N° de Téléphone :

Adresse :

MOTIF DE L'AIDE SOLLICITEE

COORDONNEES DE L'INSTRUCTEUR (Maire, Président (selon le cas) ou correspondant)

Nom et Prénom :

Adresse :

Personne à contacter :

N° de Téléphone :

Date:

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié Vie maritale Depuis quelle date : _____
 Veuf (ve) Divorcé Séparé Pacse

COMPOSITION DU FOYER DU DEMANDEUR

Nom	Prénom	Date de naissance	Situation Professionnelle	Date d'effet	Employeur ou Etablissement
Mr					
Mme					
Enfants au foyer	Sexe	Présent			
		Oui	Non		
Autres personnes (lien de parenté)					

Ressources Mensuelles(1)				Prestations Familiales et Sociales en euros	
Revenus en Euros	1ère pers.	2ème pers.	Autres pers.		
Salaires nets				All.familliales	
Indemnités de stage				All.jeune enfant	
Différentes pensions				Complément familial	
Retraites principales et complémentaires				All Educ.Spécialisée	
Indemnit.Journalières.Séc.Soc				All.adulte handicapé	
Pension d'invalidité				All.parent isolé	
Allocation chômage				All.soutien familial	
Pension alimentaire				All.Parentale Education	
Comp. Départementale Ressources				R.M.I	
Revenus d'activité non salariée				Autres	
Aide sociale à l'enfance				Sous total	
Autres ressources					
Total				Montant AL ou APL	
Quotient Familial =				Total Général des ressources	
Partie réservée au service destinataire					

La loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Cette loi vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de l'organisme utilisateur du formulaire.

AIDES FINANCIERES ACCORDEES AU COURS DES DERNIERS MOIS EN €UROS			
Organisme	Date	Montant	Objet

CHARGES MENSUELLES COURANTES en €uros (1)			
Loyer brut charges incluses		Pensions Alimentaires versées	
Mensualité accession à la propriété		Saisies	
Eau		Téléphone	
Assurance automobile		Mutuelle	
Assurance habitation		Taxe habitation	
Electricité - Gaz		Impôts revenu	
Chauffage		Taxe foncière	
Remboursement Plan Surendettement BDF		Autres (préciser)	
Mensualité plan d'apurement (exemple: dettes de loyer)		Frais de garde	
Transports		TOTAL DES CHARGES	

CREDITS en €uros				
NATURE	MONTANT INITIAL	RESTE DU	REMBOURSEMENTS MENSUELS	DATE DE LA DERNIERE ECHEANCE
	TOTAL DES CREDITS			

DETTES en €uros (1)	
Retard loyer	
Retard emprunt logement	
Retard crédit consommation	
Retard énergie, retard eau	
Découvert bancaire	
Retard téléphone	
Autres (préciser)	

(1) Justificatifs à joindre

- droit à :

- l'assurance maladie ouvert : oui non

- la Couverture Maladie Universelle de base ouvert : oui depuis quand ?
non

- la Couverture Maladie Universelle complémentaire ouvert : oui depuis quand ?
non

Veillez préciser :

- si la Commission de Surendettement a été saisie : oui non , dans l'affirmative où en est la procédure ?

- l'origine des difficultés,

- les autres dispositifs ou organismes sollicités.

Fait à :

le

Signature et du Demandeur

Qualité et signature de l'Instructeur
(Qui certifie l'exactitude des renseignements)

