**DEMANDE DE SECOURS EXCEPTIONNEL**

**COORDONNEES DU DEMANDEUR**

N° CAF : N° Sécurité Sociale :

Nom et Prénom :

Date et Lieu de naissance : N° de Téléphone **:**

Adresse :

**MOTIF DE L’AIDE SOLLICITÉE**

**COORDONNÉES DE L’INSTRUCTEUR**

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

Nom et Prénom :

Adresse :

Personne à contacter : N° de Téléphone :

Date:

**J'autorise l'utilisation des données de ce formulaire dans le cadre du traitement de ma demande**

**SITUATION FAMILIALE**

🞎 Célibataire 🞎 Marié(e) 🞎 Vie martiale 🞎 Veuf(ve) 🞎 Divorcé(e) 🞎 Séparé(e) 🞎 Pacsé(e)

Nombre d’enfant à charge :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **RESSOURCES MENSUELLES (1)** | | | | | |
|  | Monsieur | Madame | Autre pers. | **Prestations familiales et sociales** | |
| Salaire net |  |  |  | All. Familiales |  |
| Indemnités de stage |  |  |  | All. Jeune Enfant |  |
| Différentes pensions |  |  |  | Complément familial |  |
| Retraites principales et complémentaires |  |  |  | All. Education Spécialisée |  |
| Indemnités journalières CPAM |  |  |  | All. Adulte Handicapé |  |
| Pension d'invalidité |  |  |  | All. Enfant Handicapé |  |
| Allocation chômage |  |  |  | All. Parent Isolé |  |
| Pension alimentaire |  |  |  | All. Soutien Familial |  |
| Comp. départemental ressources |  |  |  | All. Parentale d'Education |  |
| Revenus d'activité non salariée |  |  |  | R.S.A. |  |
| Aide sociale à l'enfance |  |  |  | Prime d'activité |  |
| Autres ressources |  |  |  | All. Logement (AL, APL, ALS) |  |
| **SOUS-TOTAUX** | **- €** | **- €** | **- €** | Autres |  |
| **TOTAL 1** | **- €** | | | **TOTAL 2** | **- €** |
| **Quotient familial = Partie réservée au service destinataire** |  | | | **TOTAL GENERAL DES RESSOURCES =** | **- €** |
|
|  |  |  |  |  |  |
| **AIDES FINANCIERES ACCORDEES AU COURS DES DERNIERS MOIS** | | | | | |
| Organisme | Date | Montant | Objet | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **CHARGES MENSUELLES COURANTES (1)** | | | | | |
| Loyer brut charges incluses |  | | Pension alimentaire versée | |  |
| Mensualité accession à la propriété |  | | Saisie sur salaire | |  |
| Eau |  | | Téléphone | |  |
| Assurance automobile |  | | Mutuelle | |  |
| Assurance habitation |  | | Taxe d'habitation | |  |
| Electricité - gaz |  | | Impôts sur le revenu | |  |
| Chauffage |  | | Taxe foncière | |  |
| Remboursement plan surendettement BDF |  | | Frais de garde |  |  |
| Mensualité plan d'apurement (loyer, etc) |  | | Autres (préciser) | |  |
| Transport |  | | Autres (préciser) | |  |
| **TOTAL 1** | - € | | **TOTAL 2** | | **- €** |
|  | | | **TOTAL DES CHARGES MENSUELLES =** | | **- €** |
|  |  |  |  |  |  |
| **CREDITS** | | | | | |
| Nature | Montant initial | Reste dû | Remboursement mensuel | | Date de la dernière échéance |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | **TOTAL DES CREDITS =** | | **- €** |
|  |  |  |  |  |  |
| **DETTES (1)** | | | | | |
| Retard loyer |  | | Découvert bancaire | |  |
| Retard emprunt habitation |  | | Retard téléphone | |  |
| Retard crédit consommation |  | | Retard impôts | |  |
| Retard énergie, retard eau |  | | Autres (préciser) | |  |
| **TOTAL 1** | - € | | **TOTAL 2** | | - € |
|  | | | **TOTAL DES DETTES =** | | **- €** |

1. Justificatifs à joindre

- Droits 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 □

Veuillez préciser :

- si la Commission de Surendettement a été saisie :

Oui □, ou en est la procédure ?

Non □

- 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)

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

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

**Montant de l’aide Sollicitée :**  en €uros

**Coordonnées du destinataire du paiement :**

Fait à : le

Qualité et signature de l’Instructeur

|  |
| --- |
| **CADRE RESERVÉ À L’A-D-A-S**  Décisions du Conseil d’Administration de l’A-D-A-S en date du :  **Montant de l’aide accordée :** €uros  Signature : |