**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 : |