

DEMANDE DE SECOURS DECES

COLLECTIVITE EMPLOYEUR -----

A - 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 <i>(pour le ou lesquels vous demandez l'allocation)</i>				
Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation professionnelle
			-----	-----

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

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

Décision en date du :

Montant de l'aide accordée : €uros

Signature :



