

## ORGANISME OU DISPOSITIF SOLLICITÉ

**PROCÉDURE D'URGENCE :** OUI ☐<sup>(1)</sup> - NON ☐<sup>(1)</sup> Si oui, numéro d'ordre :

- ☐<sup>(1)</sup> Secours urgent ASE  
☐<sup>(1)</sup> Insertion  
☐<sup>(1)</sup> Fonds d'aides aux jeunes  
☐<sup>(1)</sup> Fonds unique logement

- ☐<sup>(1)</sup> Accès  
☐<sup>(1)</sup> Maintien  
☐<sup>(1)</sup> Accompagnement social lié au logement

- ☐<sup>(1)</sup> Allocation aide à l'enfance  
☐<sup>(1)</sup> Aide cabinet Département  
☐<sup>(1)</sup> Aides CAF/MSA  
☐<sup>(1)</sup> Mesures d'accompagnement social personnalisé  
☐<sup>(1)</sup> Mesures d'accompagnement en économie sociale et familiale

☐<sup>(1)</sup> Autres : .....

## IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom, nom de jeune fille, prénom : .....

Adresse complète : .....

Ville : .....

Condition de logement : ☐<sup>(1)</sup> locataire, ☐<sup>(1)</sup> sous-locataire, ☐<sup>(1)</sup> co-locataire, ☐<sup>(1)</sup> hébergé, ☐<sup>(1)</sup> propriétaire, ☐<sup>(1)</sup> SDF

Date de naissance : ..... Nationalité : .....

Téléphone : .....

Situation de famille : ☐<sup>(1)</sup> célibataire, ☐<sup>(1)</sup> vie maritale, ☐<sup>(1)</sup> marié(e), ☐<sup>(1)</sup> séparé(e), ☐<sup>(1)</sup> divorcé(e), ☐<sup>(1)</sup> veuf(ve), ☐<sup>(1)</sup> PACS

Situation socio-professionnelle : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Mutuelle : ☐<sup>(1)</sup> OUI - ☐<sup>(1)</sup> NON

CMUC : ☐ Aide complémentaire santé : ☐

Numéro d'allocataire (CAF ou MSA) : .....

## Composition du ménage (faire apparaître toutes les personnes à charge ou vivant au foyer)

Nombre  
de parts

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Nbre de parts	situation familiale et socio-professionnelle (scolaire, professionnelle, garde alternée, autres...)

## PÉRIODE DE RÉFÉRENCE

### Ressources mensuelles - moyenne des 3 derniers mois

Mois 1 : ..... Mois 2 : ..... Mois 3 : .....

	Demandeur	Conjoint ou concubin	Autres
Salaire (dont c. aidés)			
Indemnités journalières			
Indemnités chômage			
Retraites			
Prime d'activité			
Pension invalidité			
Rente Accident du travail			
RSA			
AAH			
Prestations familiales			
Revenus patrimoniaux			
Pension alimentaire			
Bourses scolaires			
SOUS-TOTAL			
AL ou APL			
TOTAL GÉNÉRAL			
Observations sur les ressources et la situation professionnelle (évolution, changements attendus)		RESSOURCES GLOBALES	

**QUOTIENT FAMILIAL =**  
Ressources / nombre de part  
selon la définition du dispositif concerné

**TAUX D'EFFORT ÉNERGÉTIQUE =**  
charges mensuelles liées à l'énergie  
/ ressources mensuelles et total x 100

**TAUX D'EFFORT LOGEMENT =**  
loyer nu – aide au logement  
/ ressources mensuelles et total x 100

*Conformément à la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant auprès du Département de l'Ardèche.*

CHARGES MENSUELLES			
	Montants mensualisés	Dettes ou retards	Observations ou charges du mois en cours
Loyer nu			
Charges			
Accession à la propriété			
Eau			
Electricité			
Gaz			
Autres énergies			
Téléphone fixe			
Portable			
Internet			
Assurance habitation			
Assurance voiture			
Assurance scolaire			
Mutuelle			
Frais de transport			
Pension alimentaire			
Frais de garde			
Frais liés à la scolarité			
Impôts sur le revenu			
Taxe d'habitation et redevance TV			
Taxe foncière			
Découvert bancaire			
Remboursements prêts (FUL, CAF)			
TOTAL CHARGES			

CRÉDITS			
Identification et montant initial	Montants mensuels	Mensualités impayées	Date de fin ou montant restant dû
TOTAL CRÉDITS			
TOTAL CRÉDITS / CHARGES			
DISPONIBLE RÉSIDUEL			

La commission de surendettement est-elle saisie ?

☐ <sup>(1)</sup> OUI
☐ <sup>(1)</sup> NON

Si oui, date :

/
/

Un plan conventionnel de règlement a-t-il été signé ?

☐ <sup>(1)</sup> OUI
☐ <sup>(1)</sup> NON

Mesure d'accompagnement (tutelles, AEB MASP ; ASLL ) est-elle mise en place ?

☐ <sup>(1)</sup> OUI
☐ <sup>(1)</sup> NON

Avez-vous un prêt FSL / FUL en cours de remboursement ?

☐ <sup>(1)</sup> OUI
☐ <sup>(1)</sup> NON

Si oui, est-il respecté ?

☐ <sup>(1)</sup> OUI
☐ <sup>(1)</sup> NON

Date de contact avec le gestionnaire :

/
/

**AIDES FINANCIÈRES** (sollicitées ou accordées au cours des 12 derniers mois - exemple : AM, SU, ASE, CCAS, CAF)

Organismes	Date	Objets	Montant accordé

## IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom, prénom : .....

Adresse complète : .....

## FORMULATION DE LA DEMANDE (objet et montant) EXPRIMÉE PAR LE DEMANDEUR

Je soussigné(e) .....

sollicite une demande d'aide...

Date et signature :

et certifie sur l'honneur que les renseignements fournis dans cette demande ainsi que l'ensemble des justificatifs transmis sont exacts et je note que ces informations seront portées à la connaissance des organismes sollicités

## ORGANISME INSTRUCTEUR DE RÉFÉRENCE

Nom de l'organisme : .....

Nom de l'instructeur : .....

Adresse complète : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

## AVIS ET PROPOSITION DU SERVICE INSTRUCTEUR

(évaluation sociale complémentaire sur fiche en annexe)

Aide financière	Montant
Subvention	
Prêt	

Date et signature :

J'atteste l'exactitude des informations portées sur le dossier sur la base des documents présentés par le demandeur.

## DÉCISION DE L'ORGANISME SOLLICITÉ :

### Accord :

Aide financière	Montant	Modalités de versement	Affectation de l'aide
Subvention			
Prêt			

### Rejet (motif) :

**Orientations et préconisations** (vers un autre organisme, commission de surendettement, mesure de protection...)

date de la décision:

Signature et cachet :

