

DEMANDE D'AIDE

DISPOSITIF OU ORGANISME SOLLICITE : FAJ

IMPORTANT

Le formulaire a été réalisé en concertation avec les différents dispositifs, organismes ou associations qui accordent des aides (FSL, FAJ, CDR, CAF, Caisses d'Assurance Maladie, FSE, FSEAU, CCAS, associations caritatives, etc...).

Il s'agit d'une base commune comportant les informations nécessaires à chaque financeur. Il a pour objectif de réduire le nombre des imprimés afin de faciliter la tâche des instructeurs.

Pour certaines demandes, il est accompagné d'annexes comportant des informations spécifiques sur la nature des aides sollicitées et des dettes contractées.

De plus, l'instructeur doit le compléter au vu des justificatifs relatifs aux ressources, charges, crédits et dettes. Chacun des intercalaires détaille les pièces justificatives à joindre au dossier.

COORDONNEES DE L'INSTRUCTEUR

Nom et Prénom :

Adresse :

Personne à contacter :

N° de Téléphone :

Date de réception de la demande : |__|__|____|

COORDONNEES DU DEMANDEUR

N° CAF : N° Sécurité Sociale : |__|__|__|__|__|__|__| N° ASSEDIC :

Nom et Prénom :

Date et Lieu de naissance : |__|__|____| N° de Téléphone :

Adresse :

SITUATION FAMILIALE

 Célibataire

 Marié

 Vie maritale

Depuis quelle date : |__|__|__|

 Veuf(ve)

 Divorcé

 Séparé

COMPOSITION DU FOYER DU DEMANDEUR

Nom	Prénom		Date de naissance	Situation Professionnelle	Date d'effet	Employeur ou Etablissement
Mr					s	s
Mme					a	a
Enfants au foyer	Sexe	présent				
		oui	non			
	s				n	n
	a				s	s
	n					
	s				o	o
					b	b
	o				j	j
	b				e	e
	j				t	t
Autres personnes (lien de parenté)						
	e					
	t					

RESSOURCES MENSUELLES (1) (moyenne mensuelle des 3 derniers mois)				Prestations Familiales et Sociales en €uros (du mois précédant la demande)	
REVENUS en €uros	1ère pers.	2ème pers.	Autres pers.		
Salaires nets avant saisie			s	All. familiales	
Indemnité de stage			a	All. jeune enfant	
Pensions			n	Complément familial	
Retraites principales et complémentaires			s	All. Educ. Spécialisée	
Indemnit. Journalières.Séc. Soc.				All. adulte handicapé	
Pension d'invalidité			o	All. parent isolé	
Allocation Chômage			b	All. Soutien familial	
Pension alimentaire			j	All. Parentale Education	
Comp. Départemental Ressources			e	R.M.I.	
Revenus d'activité non salariée			t	Autres	
Aide sociale à l'enfance				SOUS TOTAL	
Autres ressources					
TOTAL				Montant AL ou APL	
Quotient Familial = partie réservée au service destinataire				TOTAL GENERAL DES RESSOURCES	

(1) justificatifs à joindre pour la CAF de Rouen

AIDES FINANCIERES ACCORDEES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS en €uros			
ORGANISME	DATE	MONTANT	OBJET
sans	objet	sans	objet
sans	objet	sans	objet
sans	objet	sans	objet

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

- 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.

AVIS MOTIVE (à remplir par l'Instructeur de la demande)

Montant Sollicité : PRET : en Euros

NOMBRE DE MENSUALITES :

SUBVENTION en Euros

Coordonnées du destinataire du paiement :

Modalités de remboursement : Retenues sur prestations familiales Prélèvement sur compte bancaire ou postal

Autres (à préciser)

Fait à :

le

Signature et Cachet
du Service Instructeur

Signature du Demandeur
(qui certifie l'exactitude des renseignements)

Montant accordé : PRET : en Euros

NOMBRE DE MENSUALITES :

SUBVENTION en Euros

DATE DE L'ACCORD : |__|__|__|

(2) Cocher la case intéressée

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.