



# Demande d'aide Solidarité non remboursable

## COORDONNEES DU PROFESSIONNEL ET DE L'ORGANISME

Nom et prénom :	Qualité :
Téléphone :	Mail :
Nom de l'organisme :	Adresse :

## DEMANDEUR

### INFORMATIONS OUVRANT DROIT :

Actif

Pensionné

NIA : \_\_\_\_\_ SLVie : \_\_\_\_\_

Mme  M. Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse Principale : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

☎ Domicile : \_\_\_\_\_ Professionnel : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### SITUATION FAMILIALE :

Célibataire  Marié(e)

Concubinage  Pacsé(e)

Veuf(ve)

Séparé(e)

Divorcé(e)

### CETTE DEMANDE CONCERNE :

Ouvrant droit

Ayant droit

Conjoint

Enfant

Mutuelle :

CAMIEG

MUTIEG

Autres : \_

### AVEZ-VOUS OBTENU UNE AIDE AUPRES D'AUTRES ORGANISMES ?

Non  Oui  Lequel : \_\_\_\_\_

Montant : \_\_\_\_\_ € (joindre les justificatifs)

### CADRE RESERVE A LA S.L.V.

Avis de la SLV: \_\_\_\_\_ Montant accordé: \_\_\_\_\_

Nom et Prénom du Président de SLVie (ou son représentant) : \_\_\_\_\_

Date et Signature :

## RESSOURCES MENSUELLES

(Penser à mensualiser toutes les ressources et les charges)

	OUVRANT-DROIT	CONJOINT CONCUBIN	ENFANTS	AUTRES	TOTAL
<b>Revenus et Pensions</b>					
Salaire net imposable mensuel <i>(Joindre les 3 derniers bulletins)</i>					
Revenus professionnels non-salariés (professions indépendantes)					
Retraites et majorations diverses					
Invalidité et majoration tierce personne					
Rente accident du travail					
Pension alimentaire/compensatoire					
Autres pensions (réversion, veuvage, militaire...)					
Fonciers					
<b>TOTAL REVENUS ET PENSIONS</b>					
<b>Allocations et Prestations familiales</b>					
Allocation chômage <input type="checkbox"/> ARE <input type="checkbox"/> ASS					
Allocation adulte handicapé					
Autres allocations (RSA ...)					
Prime d'activité					
Allocation logement (ALS, ALF ou APL)					
Allocations familiales <i>(Joindre les justificatifs CAF/MSA)</i>					
Allocation jeunes enfants (PAJE, PréPare...)					
Allocation soutien familial					
Allocation d'éducation spéciale (AEEH, allocation ASE...)					
Autres (rentes...)					
<b>TOTAL DES ALLOCATIONS ET PRESTATIONS FAMILIALES</b>					
<b>RESSOURCES DU FOYER MENSUELLES</b>					

CHARGES MENSUELLES		
	MONTANT MENSUEL	DETTES
Loyers (APL/AL non déduite)		
Prêts accession propriété 1-Date de fin du prêt : _____	_____	_____
2-Date de fin du prêt : _____	_____	_____
3-Date de fin du prêt : _____	_____	_____
<b>TOTAL LOYER OU PRETS ACC</b>		
<b>Charges fixes mensuelles</b>		
Impôts sur le revenu		
Taxe d'habitation + Redevance TV		
Taxe foncière		
EDF-GDF		
EAU		
Assurances habitation		
Mutuelle/MUTIEG/SOLIMUT		
Assurances véhicule(s)		
Pension(s) alimentaire(s) versée(s)		
Téléphonie : <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Internet		
Autres charges (à préciser)		
<b>TOTAL DES CHARGES MENSUELLES</b>		
<b>Crédits, remboursements de dettes, saisies sur salaire</b>		
Organismes et Objet	Dates de début et de fin	Montant mensuel
	De _____ à _____	
	De _____ à _____	
	De _____ à _____	
	De _____ à _____	
<b>TOTAL DES CREDITS</b>		
<b>RESTE A VIVRE (mensuel) ressources – total charges – total crédit</b>		

**OBJET DETAILLE DE LA DEMANDE :**

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des déclarations portées sur ce document et m'engage à signaler tout changement qui interviendrait dans ma situation.

*Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée.*

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature :

**Pièces à joindre :**

- Dernier avis d'imposition
- 3 derniers bulletins de salaire
- Relevé de situation CAF/MSA
- 1 RIB
- Les décomptes de remboursement CAMIEG/MUTIEG/CPAM
- Autres factures et justificatifs en lien avec la demande.

**Toute demande incomplète ne sera pas étudiée.**

**Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un dossier de Prestations ASS.** Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives, les autres étant obligatoires. **Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS.**  
Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : CCAS - Le Responsable des Traitements - 8 rue de Rosny - BP 629 - 93104 MONTREUIL CEDEX.  
Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.