



DOSSIER UNIQUE

+++++

Demande d'aide financière

Demande d'accompagnement social

+ Demandeur

Madame

Monsieur

Nom **Prénom**

Nom de naissance

Date de naissance

Adresse.....

.....

Code postal

Commune.....

Tél.

Portable

Situation de famille :

Célibataire

Marié(e)

Pacsé(e)

Vie maritale

depuis le

Séparé(e)

Divorcé(e)

Veuf(ve)

depuis le

N° allocataire CAF

0

	NOM et Prénom	Date de naissance	Activité
Votre conjoint(e) ou concubin(e) ou partenaire pacs			
Enfant(s) à charge			
Autre(s) personne(s)			

+ Votre statut

Statut socio-professionnel	VOUS	Votre conjoint(e) et ou concubin(e)	Autre personne
Profession	_____
<input type="checkbox"/> Activité depuis le : Nom de l'employeur : Lieu de travail : <input type="checkbox"/> Formation professionnelle depuis le : Nom de l'organisme : Lieu du stage :	_____ Salarié en CDD <input type="checkbox"/> Salarié en CDI <input type="checkbox"/> Salarié en intérim <input type="checkbox"/> Salarié saisonnier <input type="checkbox"/> Travail. indépendant <input type="checkbox"/> Non salarié agricole <input type="checkbox"/>	_____ Salarié en CDD <input type="checkbox"/> Salarié en CDI <input type="checkbox"/> Salarié en intérim <input type="checkbox"/> Salarié saisonnier <input type="checkbox"/> Travail. indépendant <input type="checkbox"/> Non salarié agricole <input type="checkbox"/>	_____ Salarié en CDD <input type="checkbox"/> Salarié en CDI <input type="checkbox"/> Salarié en intérim <input type="checkbox"/> Salarié saisonnier <input type="checkbox"/> Travail. indépendant <input type="checkbox"/> Non salarié agricole <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Demande d'emploi depuis le :	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Arrêt maladie depuis le : <input type="checkbox"/> Accident du travail depuis le :	_____ _____	_____ _____	_____ _____
<input type="checkbox"/> Congé maternité depuis le : <input type="checkbox"/> Congé parental depuis le :	_____ _____	_____ _____	_____ _____
<input type="checkbox"/> Revenu de solidarité active (RSA) depuis le :	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Allocation aux adultes handicapés (AAH) depuis le :	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Rente accident du travail depuis le :	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pension d'invalidité depuis le :	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Retraité(e) depuis le :	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autre situation à préciser :

+ Votre logement

Actuellement, vous êtes :

- Propriétaire Accédant à la propriété
 Locataire Colocataire Locataire en résidence sociale
 Logé en sous-location par un organisme Logé en logement temporaire (ALT)
 Occupant d'un logement à titre gratuit Hébergé par la famille ou amis Hébergé en structure
 Occupant sans droit, ni titre (bail résilié) Sans résidence stable
 Autre, précisez :

	Votre logement actuel	Votre logement futur
Adresse du logement
Date d'entrée dans les lieux	□□ □□ □□□□	□□ □□ □□□□
Nom et adresse du bailleur
Type de bailleur	Public <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Résidence sociale <input type="checkbox"/> Hôtel <input type="checkbox"/> Structure d'hébergement <input type="checkbox"/>	Public <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Résidence sociale <input type="checkbox"/>
Type de logement	Individuel <input type="checkbox"/> Collectif <input type="checkbox"/> Meublé <input type="checkbox"/> Habitat mobile <input type="checkbox"/>	Individuel <input type="checkbox"/> Collectif <input type="checkbox"/> Meublé <input type="checkbox"/> Habitat mobile <input type="checkbox"/>
Taille du logement (T1, T2, T3, etc...)	T □	T □
Type de chauffage	Absence de chauffage <input type="checkbox"/> Chauffage individuel <input type="checkbox"/> Collectif <input type="checkbox"/> Bois <input type="checkbox"/> Fuel <input type="checkbox"/> Gaz <input type="checkbox"/> Electrique <input type="checkbox"/> Energie nouvelle <input type="checkbox"/> Autre chauffage <input type="checkbox"/> Précisez	Absence de chauffage <input type="checkbox"/> Chauffage individuel <input type="checkbox"/> Collectif <input type="checkbox"/> Bois <input type="checkbox"/> Fuel <input type="checkbox"/> Gaz <input type="checkbox"/> Electrique <input type="checkbox"/> Energie nouvelle <input type="checkbox"/> Autre chauffage <input type="checkbox"/> Précisez

Avez-vous un garant de vos loyers ? Oui Non

Si oui, coordonnées du garant ou de l'organisme de cautionnement :

Procédure des impayés de loyer :

 **Joindre les justificatifs**

1. Avez-vous des impayés de loyer ? Oui Non Si OUI, montant de la créance : €

2. Avez-vous convenu d'un plan d'apurement ? Oui Non Si OUI, montant de l'échéance mensuelle :
Parvenez-vous à le respecter ? Oui Non €

3. Avez-vous reçu :
un commandement de payer une assignation auprès du Juge un jugement de résiliation de bail

Si votre bail est résilié, un accord a-t-il été mis en place avec votre bailleur dans le cadre :

d'un protocole (parc public) ou d'un plan d'apurement (parc privé)

Parvenez-vous à le respecter ? Oui Non

+ Vos ressources mensuelles

- !** **Attention :** - prendre le salaire net avant déduction de la cotisation mutuelle ou des saisies éventuelles.
- prendre les ressources du dernier mois ou la moyenne des trois derniers mois.

	Vous	Votre conjoint(e) et/ou concubin(e)	Autre personne constituant votre foyer	Autre personne constituant votre foyer
Salaire net et/ou complément de salaire				
Autre revenus d'activité				
Indemnités de stage professionnel				
Indemnités de chômage				
Indemnités : maladie <input type="checkbox"/> accident du travail <input type="checkbox"/> maternité <input type="checkbox"/>				
Pension d'invalidité (PI) 1 ^{ère} catégorie <input type="checkbox"/> 2 ^e ou 3 ^e catégorie <input type="checkbox"/>				
Allocation supplémentaire d'invalidité				
Retraite(s) principale(s) <input type="checkbox"/> Retraite(s) complémentaire(s) <input type="checkbox"/>				
Allocation veuvage <input type="checkbox"/> Retraite(s) réversion principale(s) <input type="checkbox"/> Retraite(s) réversion complémentaire(s) <input type="checkbox"/>				
Autres prestations vieillesse Précisez :				
Allocation supplémentaire (ex FNS)				
Rente accident du travail				
Allocation adulte handicapé (AAH)				
Revenu de solidarité active (RSA) Socle <input type="checkbox"/> Activité <input type="checkbox"/> Majoré <input type="checkbox"/>				
Pension alimentaire <input type="checkbox"/> Prestation compensatoire <input type="checkbox"/>				
Allocations familiales <input type="checkbox"/> Complément familial <input type="checkbox"/> PAJE, allocation de base <input type="checkbox"/> PAJE, complément d'activité complément libre choix d'activité... Allocation de soutien familial <input type="checkbox"/> Allocation de base journalière de présence parentale <input type="checkbox"/>				
Autres ressources (revenus fonciers, locatifs, mobiliers, etc...)				
APL <input type="checkbox"/> ou allocation logement <input type="checkbox"/> Versement direct au bailleur : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si suspendue, depuis le :				
TOTAL GÉNÉRAL DES RESSOURCES				
POUR INFORMATION, votre foyer est-il bénéficiaire de :	l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé <input type="checkbox"/> l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) <input type="checkbox"/> l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) <input type="checkbox"/> la prestation de compensation du handicap (PCH) <input type="checkbox"/> la majoration pour tierce personne (PI 3 ^e catégorie) <input type="checkbox"/>			

+ Vos charges mensuelles

! Faire la moyenne mensuelle des charges

1 - Charges mensuelles liées au logement

	Votre logement actuel	Votre logement futur
Loyer brut ou indemnité d'occupation brute sans les charges (avant déduction d'APL ou de l'allocation logement) Charges locatives (inscrites sur le bail) et frais d'agence
Mensualité(s) d'accession à la propriété brute (avant déduction APL) Date de fin d'échéance du prêt □□ □□ □□□□
Charges de copropriété
Charges d'électricité Tarif de première nécessité (TPN) ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Charges de gaz Tarif social de solidarité (TSS) ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Autre énergie : Bois <input type="checkbox"/> Fioul <input type="checkbox"/> Propane <input type="checkbox"/> Pétrole <input type="checkbox"/> Energie nouvelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Eau et taxes d'assainissement
Taxe d'habitation (hors redevance audiovisuelle)
Taxe foncière
Assurance habitation
Taxe d'enlèvement des ordures ménagères
Autres à préciser : <input type="checkbox"/>
Total charges mensuelles liées au logement

2 - Autres charges mensuelles

Assurance véhicule(s) :	Frais de transport
Assurance complémentaire santé :	Téléphone fixe <input type="checkbox"/>
Couverture maladie universelle (CMU) ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Téléphone mobile <input type="checkbox"/>
	Forfait internet <input type="checkbox"/>
Autre assurance :	Redevance audiovisuelle
Préciser :	Frais de garde d'enfants (participation restant à charge)
Frais de cantine :	Frais d'aide à domicile ou liés à la perte d'autonomie (participation restant à charge)
Pension(s) alimentaire(s) <input type="checkbox"/>	Frais de scolarité et d'études (participation restant à charge)
Prestation compensatoire <input type="checkbox"/>	Autres (à préciser)
Impôt sur le revenu	
Location de garage	

Total autres charges mensuelles :

+ Vos autres obligations financières

Crédits

Nature du crédit				Organisme prêteur	Montant mensuel	Date de fin de remboursement
Crédit à la consommation	Crédit bancaire hors immobilier	Crédit véhicule	Autre crédit			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Total mensuel des crédits par mois						

Apurement des dettes

Nature de l'apurement				Nom du créancier	Montant mensuel	Date de fin de l'apurement
Plan d'apurement	Plan Banque de France	Saisie sur salaire	Autre saisie			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Total du montant de vos plans d'apurement/mois						

Autres dettes

 Pensez à noter les retards d'échéance, les impayés, les indus.

Nature	Montant
Total de vos dettes	

+ Dossier Banque de France

Avez-vous déposé un dossier de déclaration de surendettement ? Oui Depuis le Non
Un plan de redressement est-il mis en place ? Oui Depuis le Non
Si oui, est-il respecté ? Oui Non Depuis le De quel montant est-il ?
Une procédure de rétablissement personnel est-elle engagée ? Oui Depuis le Non

+ Signature de votre demande

+ Підпис Вашого запиту

! Complétez ce dossier en ajoutant la fiche spécifique à votre demande.

Je soussigné(e), (Nom et Prénom) Я, нижчепідписаний, (Прізвище, Ім'я)

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus. Je prends connaissance du fait qu'ils pourront être vérifiés. Je m'engage à signaler tout changement qui les modifierait.

цим засвідчую достовірність наведеної вище інформації. Звертаю увагу на те, що вона може бути перевірена. Я зобов'язуюсь повідомляти про будь-які зміни цієї інформації.

Fait à _____ le _____
Signature du demandeur

Підписано в місті _____,
дата _____
Підпис:

Informatique et libertés

Attestation et recueil d'autorisation

! Merci de lire la rubrique « Informatique et Libertés » relatives à votre demande à la page 10 et 11 du mode d'emploi.

Je soussigné(e), (Nom et Prénom) Я, нижчепідписаний, (Прізвище, Ім'я)

reconnait avoir lu les informations relatives au traitement informatique de ma demande d'aide et de mon droit d'accès et de rectification aux informations me concernant conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978.

J'autorise le secrétariat de la commission à un échange d'informations si besoin avec les tiers concernés par ma demande et à consulter mon dossier d'allocataire sur le site internet sécurisé de la CAF (CAFPRO), ainsi que le travailleur social si je suis accompagné (e) dans ma demande d'aide.

підтверджую, що прочитав інформацію, що стосується комп'ютерної обробки мого запиту про допомогу, а також моє право на доступ і виправлення інформації, що стосується мене, відповідно до Закону про захист даних від 6 січня 1978 року.

Я дозволяю секретаріату комітету обмінюватися інформацією, якщо необхідно, з третіми сторонами, яких стосується моя заявка, і ознайомлюватися з моїм файлом бенефіціара на захищеному веб-сайті CAF (CAFPRO), а також соціального працівника, якщо він допомагає мені у складенні мого запиту на допомогу.

Fait à _____ le _____
Signature du demandeur

Підписано в місті _____,
дата _____

Підпис: