

RESSOURCES MENSUELLES DE L'ENSEMBLE DU FOYER

(À la date de la demande)

NATURE	MONTANT			TOTAL
	Demandeur	Co-demandeur	Personne vivant au foyer	
Salaire				
Indemnités journalières				
Allocation chômage				
Pension retraite				
Prime d'activité				
Allocation Adulte Handicapé (AAH)				
Prestation de Compensation Handicap (PCH)				
Allocation Logement				
Allocations Familiales				
Allocation Soutien Familial				
Pension Alimentaire				
Prestation Accueil Jeune Enfant (PAJE)				
Autre – préciser				

CHARGES MENSUELLES A LA DATE DE LA DEMANDE

NATURE	MONTANT
Loyer + Charges quittancées€
Crédit Immobilier€
Électricité€
Gaz€
Mode de chauffage – préciser€
Eau€
Taxe habitation€
Taxe foncière€

NATURE	MONTANT
Pension alimentaire versée€
Mutuelle€
Assurance logement€
Assurance voiture€
Téléphonie/Internet€
Crédits (hors crédit à la consommation)€
Autres :€
Autres :€

TOTAL€

COMPLEMENT D'INFORMATIONS

Êtes-vous en attente d'une solution de relogement

OUI NON

Résidez-vous dans un habitat précaire ?

OUI NON

Motif de la demande : *(justifier de difficultés financières et sociales consécutives aux inondations)*

COMPLEMENT D'INFORMATIONS

Avez-vous été en chômage partiel pendant la période :

OUI NON

• Durée de chômage :

• Perte financière sur le salaire (€) :

Avez-vous sollicité une aide financière auprès du CCAS de votre commune ?

OUI NON

• Date :

...../...../.....

Montant : € Nature de l'aide :

Avez-vous sollicité une aide financière auprès d'une association caritative ?

OUI NON

• Date :

...../...../.....

Montant : € Nature de l'aide :

Avez-vous sollicité une aide financière auprès du Département ?

OUI NON

• Date :

...../...../.....

Montant : € Nature de l'aide :

Avez-vous sollicité une aide financière auprès de la CAF ?

OUI NON

• Date :

...../...../.....

Montant : € Nature de l'aide :

Êtes-vous en situation de surendettement ?

OUI NON

Avez-vous déposé un dossier de surendettement ?

OUI NON

SERVICE INSTRUCTEUR

CCAS/CIAS :

Nom – Prénom :

Contact Mail :

N° de téléphone :

Avis motivé :

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e), certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées au dossier de demande d'aide financière. En cas de contrôle du Département, je m'engage à fournir tous justificatifs complémentaires liés à cette demande et à son utilisation. *

Fait à,

Signature du demandeur :

Le/...../.....

**En cas de fausse déclaration ou d'utilisation de l'aide à d'autres fins, le Département se réserve le droit de demander le remboursement de l'aide.*

DECISION DU PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

Favorable pour la somme de :

_____ €

Défavorable

(pas de centimes)

Fait à _____

Par délégation,

Le : ____/____/____

Signature (Nom et prénom)

CRITERES D'ELIGIBILITE

Les critères cumulatifs pour bénéficier de l'aide sont les suivants :

- Disposer de revenus inférieurs à 1,7 x le SMIC, soit 2 378 € net (pour les couples moyenne des 2 salaires).
- Ne pas être éligible à une autre aide d'urgence du Département ;
- Justifier de difficultés financières et sociales consécutives aux inondations ;
- Être en attente d'une solution de relogement ou résider dans un habitat précaire.

Information complémentaire

Le service instructeur se réserve le droit de solliciter les pièces justificatives pour vérification des éléments inscrits dans la demande