



Demande d'aide exceptionnelle

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

IDENTITE ET COMPOSITION FAMILIALE

	DEMANDEL	 JR		CO-DEMAN	IDEUR
□ Madame	☐ Mons	ieur	☐ Madame	□ Mor	nsieur
Nom d'usage :			Nom d'usage :		
Nom de naissance :		Nom de naissance :			
Prénom :			Prénom :		
N° de téléphone :/// Courriel :@		N° de téléphone :/// Courriel :@			
	nce :/		Date de naissa Lieu de naissa	ance :// nce :	
Situation matrir Célibataire Marié (e)	moniale : Séparé(e), Divorcé(e) Pacsé(e)	☐ Veuf veuve ☐ Union libre	Situation matri	moniale : □ Séparé(e), Divorcé(e) □ Pacsé(e)	☐ Veuf veuve
N° Allocataire CAF/MSA :			N° Allocataire CAF/MSA :		
Adresse :					
Code Postal : Ville :					

PERSONNES À CHARGE - VIVANT AU FOYER

DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTE AVEC LE DEMANDEUR	SITUATION (Professionnelle/Scolaire)





RESSOURCES MENSUELLES DE L'ENSEMBLE DU FOYER

(À la date de la demande)

NATURE	MONTANT			TOTAL
NATURE	Demandeur	Co-demandeur	Personne vivant au foyer	TOTAL
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	€



Avis motivé:



COMPLEMENT D'INFORMATIONS

Êtes-vous en attente d'une solution de	relogement	□ OUI	\square NON
Résidez-vous dans un habitat précaire	?	□ OUI	\square NON
Motif de la demande : (justifier de difficulte	és financières et sociales consécutives aux inond	lations)	
COMPLEME	NT D'INFORMATIONS		
Avez-vous été en chômage partiel pend	dant la période :	□ OUI	\square NON
 Durée de chômage : 	Perte financi	ère sur le salaire (€) :	
Avez-vous sollicité une aide financière	auprès du CCAS de votre commune?	□ OUI	□ NON
Date : /	Montant : € N auprès d' une association caritative ?	ature de l'aide :	 NON
• Date :/	Montant : € N	ature de l'aide :	
Avez-vous sollicité une aide financière	auprès du Département ?	□ OUI	\square NON
• Date :/	Montant : € N	ature de l'aide :	
Avez-vous sollicité une aide financière	auprès de la CAF?	□ OUI	\square NON
• Date :	Montant : € N	ature de l'aide :	
Êtes-vous en situation de surendetteme	ent ?	□ OUI	□ NON
Avez-vous déposé un dossier de suren	dettement ?	□ OUI	□ NON
	SERVICE INSTRUCTEUR		
CCAS/CIAS:			
Nom – Prénom :			
Contact Mail:	N° de téléphone :		





ATTESTATION SUR L'HONNEUR

	, certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées au
dossier de demande d'aide financière. En cas complémentaires liés à cette demande et à sor	s de contrôle du Département, je m'engage à fournir tous justificatifs a utilisation. *
Fait à,	Signature du demandeur :
Le	
*En cas de fausse déclaration ou d'utilisation de l'aide à d'a l'aide.	autres fins, le Département se réserve le droit de demander le remboursement de
DECISION DU PRESIDENT DU CONSE	IL 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