DETTES

Objet	Montant	Objet	Montant
TOTAL GÉNÉRAL			

TOTAL B + C + D :

MONTANT disponible par mois : A – (B + C + D) =_____euros

Si mesure accompagnement social ou judiciaire, préciser :

Organisme :

Nature :

Exposé de la situation :

Je soussigné, M , certifie l'exactitude des informations fournies.

Date : Signature de (ou des) intéressé(s)

PIÈCES À FOURNIR : * En 1 exemplaire

Justificatifs des dettes concernées – Attestation de ressources des 3 dernier mois - Dernier avis de poursuite mobilière – R.I.B. – Fiche familiale d'état civil – Pour l'accès dans les lieux fournir les justificatifs de dépenses.

* Pour la CRAM en plus : Dernier avis d'imposition ou de non imposition (y compris pour les autres personnes vivant au foyer) – Justificatifs de pension si elle est versée par une autre CRAM de France, par la CNATVS – Quittance de loyer pour les locataires – Taxe foncière pour les propriétaires.

* Pour la Mission Protection de l'Enfance le travailleur social établit sa demande au vu des justificatifs sans les fournir.

Les informations contenues sur ce formulaire peuvent être traitées au moyen de l'informatique.
Vous pouvez exercer votre droit d'accès à ces informations et demander leur correction si elles sont inexactes, conformément aux modalités prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
Ces informations seront effacées de tout support informatique 12 mois après la fin de la prise en charge.

DEMANDE D'AIDE

Date de la demande :

Destinataire :

Nature de la demande : ☐ Prêt Montant : Remboursement : / mois

☐ Secours Montant :

☐ Secours d'urgence Montant : ☐ Versement à un tiers

☐ Accompagnement Social Lié au Logement

Demande présentée par :

Organisme : **Cachet et Signature :**

Demandeur :

Nom : Prénom : Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse : Code postal :

Tél. : Résidant sur la commune depuis le :

☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Pacs

N° allocataire :

N° assuré social : **N° pension :**

Composition du foyer (demandeur compris) :

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation professionnelle *(à préciser)*	Employeur ou établissement scolaire

DATE DE COMMISSION :	DÉCISION :

DSX047S0

A – RESSOURCES MENSUELLES

	Demandeur	Conjoint	Autres
Salaire net imposable			
Revenu d'activité non salariée			
Indemnités journalières			
Complément de salaire			
Indemnités de chômage			
Indemnité de stage			
R.M.I.			
A.P.I.			
Retraite régime de base			
Retraite complémentaire			
A.A.H. ou pension d'invalidité ou rente accident de travail (à préciser)			
A.C.T.P. – M.T.P.			
Prestations familiales sauf A.L. / A.P.L. (à préciser) :			
Pension alimentaire perçue			
Revenus patrimoniaux (préciser) :			
Bourses d'étude			
Autres : (à préciser)			
TOTAL			
TOTAL GÉNÉRAL (A) :			

AIDES DIVERSES :

Aides attribuées dans l'année	Organisme sollicité	Objet	Date de la demande	Montant de l'aide
Aides en cours	**Organisme sollicité**	**Objet**	**Date de la demande**	**Montant de l'aide**

B – CHARGES MENSUELLES (logement)

Habitation — Date d'entrée :

Locataire ☐ Nom et adresse du propriétaire :

Propriétaire ☐ **Accédant à la propriété** ☐ **S.D.F.** ☐ **Caravane** ☐

Hébergé(e) : chez ses parents ☐ dans une famille d'accueil ☐ dans une chambre d'hôtel ☐ chez des amis ☐ dans une structure ☐ (à préciser) :

Type de logement		A.L. :	€
Montant du loyer ou de l'accession	€	A.P.L. :	€
Charges locatives	€	Date de suspension	
Résiduel mensuel	€	Montant de la dette	€

Mode de Chauffage *(à préciser)* : Bois ☐ Charbon ☐ Fuel ☐ Electrique ☐ Gaz ☐

EDF / GDF _____ € / mois Eau _____ € / mois Téléphone _____ € / mois

Prêts immobiliers (financement initial logement + terrain)

Etablissement Prêteur	Type et taux de prêts	Date de l'offre de prêt	Date de fin de remboursement	Remboursement mensuel	Montant du prêt	Justificatif produit	
						Oui	Non

Assurances

Mutuelle _____ € / mois

Véhicule _____ € / mois

Habitation _____ € / mois

Impôts

Sur le revenu _____ € / mois

Foncier _____ € / mois

Habitation _____ € / mois

T.V. _____ € / mois

Education / Formation

Pension alimentaire _____ € / mois

Cantine _____ € / mois

Frais scolaires _____ € / mois

Frais de garde _____ € / mois

Transports Nature : _____ € / mois

Autres (à préciser) Nature : _____ € / mois

TOTAL DES CHARGES MENSUELLES (B) : _____ €

C – Si Commission de surendettement Date de la saisine : _____

Date de signature du plan : _____ Montant des mensualités (C) : _____ €

Montant global du plan de surendettement : _____ €

D – CRÉDITS

Objet	Créanciers	Montant mensuel	Date de fin de remboursement
TOTAL (D)			