

Demande d'aide financière

NOM : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Séparé(e)
: Divorcé(e) Veuf(ve) Union libre

Nombre de personnes vivant au foyer :

Nombre d'enfants à charge :- Mineur :
:- Majeur :
:- Situation des enfants majeurs vivant au foyer :

Important : Joindre la photocopie de votre pièce d'identité ainsi que les certificats de scolarité de vos enfants de plus de 16 ans ou les justificatifs de leur situation.

1-Quel est votre titre de ressortissant ? (joindre une photocopie)

Précisez au titre de quel conflit :

Carte du combattant Pupille de la Nation
Titre de reconnaissance de la Nation Pensionné de guerre
Veuve d'ancien combattant Victime d'attentat
Autre

2-Pour quel(s) motif(s) sollicitez-vous une aide financière auprès du service départemental ?

- Factures impayées (loyer, EDF, impôts locaux, fonciers, etc.)
- Dépenses exceptionnelles (frais d'hospitalisation, frais médicaux, frais d'obsèques, frais de lunetterie, frais dentaires, etc.)
- Charges spécifiques (maintien à domicile, travaux pour l'amélioration de l'habitat, etc.)
- Autres (précisez) :

Important : Joindre les justificatifs relatifs à vos difficultés (factures impayées, notes de frais, etc.) ainsi qu'un R.I.B. Pour une demande de participation aux frais d'obsèques, veuillez préciser le montant du capital décès ;

Date et signature du demandeur :

3-Quels sont les revenus mensuels de l'ensemble des personnes vivant au foyer ?

| RESSOURCES | VOUS | CONJOINT | ENFANTS |
|---|-------------|-----------------|----------------|
| Salaires | | | |
| Allocations chômage | | | |
| R.M.I | | | |
| Indemnités journalières | | | |
| Pension de guerre ou Pension d'invalidité sécurité sociale | | | |
| Rente accident de travail | | | |
| Allocation Adulte Handicapé | | | |
| Prestations familiales (allocations familiales, allocation de parent isolé, de soutien familial...) | | | |
| Allocation logement ou A.P.L | | | |
| Pension alimentaire perçue | | | |
| Retraite principale / Reversions | | | |
| Retraites complémentaires mensuelles et trimestrielles | | | |
| Minimum vieillesse | | | |
| Autres :revenus immobiliers, capitaux mobiliers | | | |
| Autres | | | |
| TOTAL DES REVENUS | | | |

Important :Joindre votre dernier avis d'imposition ou de non imposition ainsi que les justificatifs du dernier paiement de vos salaires, retraites, allocations...(avis de virements bancaires ou postaux, feuilles de paie, mandats, etc).

4- Quelles sont vos charges mensuelles ? (Joindre les justificatifs)

| CHARGES | MONTANT | DETTES | CHARGES | MONTANT | DETTES |
|-----------------------------------|----------------|---------------|---|----------------|---------------|
| Loyer ou accession à la propriété | | | Mutuelle | | |
| Chauffage | | | Pension alimentaire versée | | |
| EDF-GDF | | | Frais de maintien à domicile | | |
| Eau | | | Remboursement prêts personnels | | |
| Impôts sur le revenu | | | Mensualités des crédits à la consommation | | |
| Assurance Habitation | | | Autres | | |
| Taxe d'habitation ; | | | | | |
| Taxe foncière | | | TOTAL DES CHARGES | | |

5-Quelles aides exceptionnelles avez-vous perçues au cours des six derniers mois ?

| ORGANISMES | MOTIFS | MONTANTS |
|---|---------------|-----------------|
| Centre communal d'action sociale ou Mairie ou service social de secteur | | |
| Prestations supplémentaires et secours de la Sécurité Sociale ou de la MSA | | |
| Caisse de retraite complémentaire | | |
| Mutuelle (ou organisme similaire) | | |
| Centre départemental de l'Habitat Aide à l'amélioration de l'habitat | | |
| Secours au titre du Fonds Social au Logement (FSL) et/ou du Fonds d'Urgence Sociale | | |
| Service des Rapatriés (Préfecture) | | |
| Autres (Associations...) | | |

Etes-vous en relation avec un travailleur social ? (Assistante sociale - Conseillère en Economie Sociale et Familiale - Tuteur -etc) . Veuillez indiquer leur nom et leurs coordonnées.

Avez-vous constitué un dossier de surendettement ?

.....
Avis motivé du correspondant social (correspondant local, AS, mairie, association...)

Partie réservée au service départemental ONAC

.....
Proposition motivée du service social de l'ONAC

Date et montant du dernier secours accordé par le S.D :

Quotient familial :

(différence entre revenus et loyer divisée par le nombre de personnes au foyer)

Réel disponible :

(différence entre revenus et charges mentionnées au 4-, divisée par le nombre de personnes au foyer)

.....
Date et décision de la commission d'action sociale :

Avis favorable

Avis défavorable (précisez le motif) :

Ajournement

.....
Date et décision en appel de la commission d'action sociale :

Confirmation de la décision initiale

Révision de la décision initiale

Date du recours et avis motivé du service