



Demande d'aide financière individuelle

Identification du demandeur

N° sécurité sociale :
Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone fixe : Téléphone portable* :
Adresse mail * :
N° allocataire CAF (*obligatoire si vous percevez des prestations CAF*) :
Nom, prénom, coordonnées du travailleur social ou de l'organisme qui vous accompagne dans votre demande :

Préciser l'objet et la nature de la demande

Je sollicite une aide exceptionnelle pour

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom, prénom du bénéficiaire :
Date de naissance :

Assuré(e) Conjoint(e) Vie maritale avec l'assuré(e) Enfant Autre bénéficiaire

A-t-il une reconnaissance de travailleur handicapé ? OUI NON

Situation familiale

Célibataire Marié(e)/ Pacsé(e) Vie maritale Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Composition de la famille (ensemble des personnes vivant sous le même toit que le demandeur)

	Nom - Prénom	N° sécurité sociale	Date de naissance	Lien de parenté	Situation (scolaire, étudiant, apprenti, salarié, chômage indemnisé ou non)
Assuré, conjoint, concubin, enfant Autres personnes vivant au foyer					

Indiquez les montants de toutes **vos** ressources et de celles de **toutes** les personnes vivant sous le même toit au cours **du mois précédant** la demande

Nature des ressources	Demandeur	Conjoint	Enfants	Autres
REVENUS LIÉS À UNE ACTIVITÉ				
Salaires nets € € € €
Indemnités chômage € € € €
Compléments de salaires (versés par l'employeur, une mutuelle ou un régime de prévoyance=) € € € €
Revenu d'activité non salariée € € € €
PENSIONS ET RENTES				
Pension d'invalidité € € € €
Complément d'invalidité : FSI ou complément prévoyance € € € €
Majoration tierce personne € € € €
Retraite CARSAT et autres régimes (MSA, RSI ...) € € € €
Retraites complémentaires € € € €
Pension civile et militaire € € € €
Rente accident du travail ou rente survivant € € € €
Allocation compensatrice, APA, allocation veuvage € € € €
PRESTATIONS SERVIES PAR LA CAF				
Revenu solidarité active (RSA) € € € €
Prime d'activité € € € €
Allocation adulte handicapé (AAH) € € € €
Allocations familiales € € € €
Allocation logement ou aide personnalisée au logement € € € €
Allocations d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) € € € €
Autres prestations CAF (ASF, PAJE, APP, ADOPTION) € € € €
REVENUS DIVERS				
Prestation compensation du handicap (MDPH) € € € €
Pensions alimentaires € € € €
Bourses scolaires € € € €
Revenus locatifs, fonciers, placements bancaires € € € €
Autres ressources (préciser) € € € €
TOTAL € € € €

CHARGES FINANCIÈRES DES PERSONNES VIVANT SOUS LE MÊME TOIT

Êtes-vous	MONTANT MENSUEL	L'allocation logement ou l'APL est-elle déduite de ce montant?
<input type="checkbox"/> Locataire €	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Colocataire €	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Propriétaire Avez-vous un prêt en cours pour accession à la propriété ? (hors travaux) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Les mensualités du crédit d'accession à la propriété sont-elles prises en charge actuellement par une assurance ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON €	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Hébergé €	
Pension alimentaire versée €	
Surendettement <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON €	
Chauffage €	
Eau €	
Téléphone, portable, Internet €	
Crédits (autre que celui de l'accession à la propriété) €	
Impôts sur les revenus €	
Taxe d'habitation €	
Taxe foncière €	
Assurance habitation €	
Assurance voiture €	
Cotisations complémentaire santé €	
Tierce personne rémunérée €	
Frais de dépendance €	

ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

La personne concernée par l'aide est-elle couverte par un Organisme Complémentaire ?

NON OUI

Mutuelle

CSS Complémentaire Santé Solidaire

Nom et adresse de votre mutuelle :

N° de téléphone : N° d'adhérent :

Si votre complémentaire prend en charge une partie des frais concernant votre demande, indiquez le montant : ... €.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur avoir pris connaissance des dispositions de l'article L377-1 du code de la Sécurité sociale, que les renseignements portés sont complets et exacts, qu'ils pourront être vérifiés.

Par ailleurs, j'autorise le CCAS à verser les sommes éventuellement accordées à des tiers.

Asnières sur Oise, le.....
(signature)

PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

- les 2 derniers avis d'imposition ou de non-imposition (recto-verso) reçu pour chaque personne au foyer
- le dernier avis de paiement de toutes les prestations familiales délivrées par la CAF
- le justificatif de la participation financière d'autres organismes (MDPH, Conseil Départemental,...)

Votre dossier de demande d'aide, accompagné des pièces justificatives, est à envoyer à l'adresse suivante :

**Mairie d'Asnières sur Oise
CCAS
20 rue d'Aval Eau
95270 ASNIERES SUR OISE**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées par le CCAS d'Asnières-sur-Oise afin de gérer votre demande d'aide financière. Elles sont collectées par le CCAS et lui sont destinées ainsi qu'au service Finances de la mairie d'Asnières-sur-Oise. Elles sont conservées pendant 10 ans. La base juridique du traitement est la mission d'intérêt public.

Conformément à la réglementation en matière de protection des données à caractère personnel (loi du 6 janvier 1978 modifiée et Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679), vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification, de limitation ou d'opposition en contactant le Délégué à la protection des Données Personnelles de la collectivité en envoyant un courriel à dpd@cigversailles.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.