



CCAS
Centre Communal d'Action Sociale

Mairie

Place de l'Hôtel de Ville - B.P. 29

34270 SAINT MATHIEU de TREVIERS

Tél. : 04.30.63.10.71 / port. 06 11 41 41 29

email : ccas@villesmdt.fr



ANNEE : 2021

Réservé au CCAS N°:

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE

Pour la constitution de votre dossier et que celui-ci soit traité :

- ➔ Répondez à toutes les questions
- ➔ Joignez toutes les pièces justificatives demandées
- ➔ Dated et signez votre demande d'aide.

Merci de transmettre les documents en photocopie (il pourra être demandé de fournir des justificatifs complémentaires).

- Justificatif d'état civil du foyer :

- . Carte Nationale d'Identité (recto-verso) du ou des demandeurs et livret de famille en totalité (si enfants à charge)

- Justificatif de domicile :

- . Taxe d'habitation (locataires) ou taxe foncière (propriétaires) de l'année en cours

- Justificatif des ressources du foyer :

- . Dernier avis d'imposition sur le revenu (dans son intégralité) pour toutes les personnes vivant au foyer
- . Attestation du mois en cours de versement ou non versement des prestations perçues de la CAF ou de la MSA
- . Prestations CPAM : indemnités journalières maladie, AT, maternité, pension d'invalidité, rente accident travail, etc.
- . Justificatifs récents de toutes vos ressources et celles de votre conjoint le cas échéant (pension alimentaire...)

- Justificatif :

- . Tous les documents concernant votre situation : contrat de travail, pôle emploi, contrat emploi solidarité, contrat d'insertion ...
- . En cas de séparation ou de divorce, copie de l'extrait du jugement ou convention fixant le droit d'hébergement de ou des enfants.
- . Tous documents justifiant de vos charges courantes (quittance de loyer, justificatif de prêt ou crédits, facture(s) d'électricité et/ou de gaz, pension alimentaire...)
- . Tous documents justifiant d'une dépense exceptionnelle : facture(s) impayée(s), devis, échéancier pour une dette, autres dépenses...

A cocher :

1ère demande

Renouvellement

Exposez de la demande :

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

Nom et prénom du ou des demandeurs :

.....

Adresse :

N°
.....34270 ST MATHIEU DE TREVIERS

Nom de la résidence
Bât. /Entrée
Appartement n°

Téléphone :/ /

E-mail :

Composition de la famille :

Nom et prénom	Parenté	né(e) le	Activité
...../.../...
...../.../...
...../.../...
...../.../...
...../.../...
...../.../...
...../.../...

Situation familiale : Marié(e) Veuf (ve) Séparé(e) Pacs
 Célibataire Vie maritale Divorcé(e)

RESSOURCES MENSUELLES : indiquer les montants perçus

	demandeur	conjoint	Autres personnes
Revenus			
Pensions alimentaires reçues			
Aides accordées par le Conseil Départemental/CAF/MSA/associations ou tout autre organisme			
Sécurité sociale : Indemnités journalières/invalidité/accident de travail...			
Pôle emploi : Indemnités			
Pension retraite (principale et complémentaires)			
Ressources autres (préciser)			
R.S.A.			
Aides au logement			
<u>TOTAL</u>			

CHARGES MENSUELLES :

		Montant mensuel
Loyer	Loyer ou mensualité/charges communes HLM /fluides	
Pension alimentaire	Du ou des enfants à charge(Total)	
Charges	Electricité	
	Eau	
	Gaz	
	Assurance(s) habitation + véhicule	
	Impôts	
	Taxe habitation	
	Téléphonie (Prise en charge max. 30€ par foyer)	
Autres frais	Garde enfants	
	Mutuelle Complémentaire santé/C.S.S.	
Evènements de la vie (préciser)/dettes en cours	Séparation/Divorce	
	Décès	
	Perte d'emploi	
	TOTAL DES CHARGES	

DONNEES COMPLEMENTAIRES :

Dossier de surendettement : oui non Date de dépôt : /.... /....

Mesure de Tutelle : oui non

Nature :

Durée :

Organisme :

Attestation :

NOM : _____ Prénom : _____

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire

Fait le, _____ à Saint Mathieu de Trévières.

Signature :

Cadre réservé au CCAS :

Prise en charge de la demande : oui non

Dossier reçu le .../.../....

Passage en commission le .../.../....

Nature de la prise en charge : _____

Montant de la prise en charge : _____

Commentaires : _____