



**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

E-mail : ccas@villesmdt.fr



**ANNEE :**

**N°:**

Réservé au CCAS

## DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE

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

- ➔ Remplir en totalité le dossier
- ➔ Joindre toutes les copies des pièces justificatives demandées
- ➔ Dater et signer votre demande d'aide.

*(Il pourra être demandé de fournir des justificatifs complémentaires)*

- Justificatif de la composition du foyer :

. Photocopie recto/verso : Carte Nationale d'Identité ou du Passeport ou du Titre de séjour et/ou une photocopie du livret de famille en totalité (si enfants à charge)

- Justificatif de domicile :

. Photocopie de la quittance de loyer du mois en cours ou échéancier du prêt en cours ou attestation d'hébergement

- Justificatifs des ressources mensuelles du foyer :

. Photocopies des justificatifs des ressources du foyer fiscal : salaire, pension de retraite, allocations CAF/MSA/Autres, pôle emploi, ...

. Photocopie recto/verso du dernier avis d'imposition ou de non-imposition du demandeur et des personnes vivant dans le foyer.

. Attestation de paiement avec l'ensemble des prestations perçues pour le mois de dépôt de la demande ou de 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.

. Avis de paiement ou refus du Pôle emploi

. Décompte ou attestation de paiement de pensions et rentes.

A défaut une copie des 3 derniers relevés bancaires.

- Justificatif des charges courantes:

. En cas de séparation ou de divorce, copie du jugement ou convention fixant le droit d'hébergement et le montant de la pension alimentaire de ou des enfants.

. Copies des échéanciers justifiant de vos charges courantes mensuelles liées au logement, charges énergétiques, assurances, taxes foncières, mutuelle, crédits et/ou prêts personnels

. Copie des justificatifs des difficultés financières que vous rencontrez ou des dépenses imprévues auxquelles vous devez faire face (factures, lettres de rappel ...)

**A cocher :**

1ère demande

Renouvellement

**Préciser obligatoirement l'objet et la nature de la demande :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Demander :

**Nom et prénom - né(e) le – Situation (Scolarisé, salarié, étudiant, retraité...)**

.....

.....

Conjoint / Enfant(s) / Autre(s) personne(s) concernées par la demande :

**Nom et prénom - Lien de Parenté - né(e) le – Situation (Scolarisé, salarié, étudiant, retraité...)**

.....

.....

.....

.....

.....

Adresse :

N° .....

.....34270 ST MATHIEU DE TREVIERS

Nom de la résidence : .....

Bât. / Entrée : .....

Appartement n° : .....

Téléphone : 0 - -- -- -- / : 0 - -- -- --

E-mail : .....

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

Merci de compléter le tableau ci-joint

**RESSOURCES MENSUELLES**

	<b>Demandeur</b>	<b>Conjoint</b>	<b>Autres personnes majeures</b>
Salaires			
Retraites de base et/ou complémentaire			
Allocations CAF/MSA/Autres			
Pôle emploi			
Indemnités journalières			
Pensions alimentaires reçues			
Aide exceptionnelle			
Autres (Précisez)			
<b><u>TOTAL</u></b>			

**CHARGES MENSUELLES:**

		<b>Montant par mois</b>
<b>Logement</b>	Loyer ou mensualité crédit immobilier	
<b>Pension alimentaire</b>	Du ou des enfants à charge	
<b>Charges</b>	Electricité	
	Eau	
	Gaz	
	Assurance(s) : Habitation et/ou Véhicule	
	Impôts	
	Taxe(s) habitation et/ou foncière	
	Téléphonie(prise en charge max. de 30.00€ pour le foyer)	
	Mutuelle	
	Autres (Précisez)	
	<b>TOTAL DES CHARGES</b>	
<b>Votre demande concerne (Préciser)</b>		

**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 : \_\_\_\_\_