

DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE

A ADRESSER EXCLUSIVEMENT A L'ADRESSE SUIVANTE :
 CAF des Pyrénées Orientales
 Responsable des services aux familles
 10 rue nature
 66000 PERPIGNAN

1. Organisme instructeur et Type d'aide Urgence **Projet**

Service instructeur :

Nom et prénom du travailleur social :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

2. Situation de la famille

Identification du demandeur
N° allocataire :
Nom :
Prénom :
Adresse :

Situation familiale					
Marié(e)	<input type="checkbox"/>	Vie maritale	<input type="checkbox"/>	Célibataire	<input type="checkbox"/>
Veuf(ve)	<input type="checkbox"/>	Séparé(e)	<input type="checkbox"/>	Divorcé(e)	<input type="checkbox"/>

Composition familiale			
Nom et Prénom	Parenté	Date de naissance	Activité

Situation professionnelle			
Madame		Monsieur	
Salariée	<input type="checkbox"/>	Salarié	<input type="checkbox"/>
Chômage	<input type="checkbox"/>	Chômage	<input type="checkbox"/>
IJ Maladie/maternité	<input type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>
Sans activité	<input type="checkbox"/>	Sans activité	<input type="checkbox"/>

Si l'allocataire est bénéficiaire du RSA, date de la signature du Contrat d'engagement réciproque ou Plan personnalisé d'accès à l'emploi :

Pièces à joindre obligatoirement à la demande

- Justificatif des ressources
- Justificatifs liés à la demande d'aide
- RIB si versement à un tiers + facture avec SIREN/SIRET

3. Budget mensuel

Ressources mensuelles		Charges mensuelles	
Revenus d'activités ou de substitution		Logement	
Salaire (après prélèvement impôts à la source)		Loyer net / Mensualité d'accession	
Allocation de chômage		Charges locatives (en cas de montant important, donner un complément d'information)	
Indemnités de stage/apprentissage		Eau	
Revenu ETI		EDF-GDF- Fuel / Bois	
IJ maladie / maternité		Téléphone / Internet	
Pension retraite / invalidité		Autres :	
Rente accident du travail			
Autres :		Frais liés à l'enfant	
		Frais de garde (sans diminution des aides Paje)	
		Frais de cantine	
		Autres :	
Prestations familiales et sociales		Impôts et taxes	
Allocation logement		Taxe d'habitation et redevance TV	
Allocations familiales		Taxe foncière	
Allocation soutien familial		Autres :	
Complément familial			
Paje : AB/CMG/PreParE		Assurances	
AAH		Assurances habitation, scolaire	
AEEH/AJPP		Assurances automobile	
RSA		Mutuelle	
Prime d'activité		Autres	
Bourse scolaire			
Autres :		Pensions alimentaires versées	
		Enfant	
Pensions alimentaires perçues		Ex-conjoint	
Enfant		Autres charges	
Ex-conjoint			
Autres revenus			
(1) Total des ressources mensuelles		(2) Total des charges mensuelles	
		(3) Total ressources - Total charges	

Prêts ou dettes en cours (autres que mobilier)				
Nature	Montant mensuel	Date début	Date fin	Arriérés
Découvert				
(4) Total des remboursements mensuels				

La famille a-t-elle déposée un dossier de surendettement ? OUI Préciser la date : NON

(3 - 4) Revenu mensuel disponible	
--	--

Charges exceptionnelles	
Nature	Montant

Aides financières accordées au cours des 12 derniers mois (montants indiqués en euros)		
Organisme	Date	Montant

4. Evaluation globale de la situation

<p>Situation familiale</p> <p>Nature de l'événement déclencheur (cf. offre de service en travail social Caf) : date de prise de contact / de début d'accompagnement</p> <p>Parcours professionnel</p> <p>Situation au regard du logement</p> <p>Situation socio-économique et administrative : démarches en cours, revalorisation des droits, estimation des droits à venir</p> <p>Difficultés rencontrées par la famille : surcroît de dépenses, perte de ressources, aide à la réalisation d'un projet.</p> <p>Présentation du plan d'aide :</p> <p>Pour une aide d'urgence,, indiquer l'impact de l'aide pour la famille.</p> <p>Pour les aides sur projet, présenter les objectifs fixés avec la famille et le plan d'actions, les perspectives d'évolution et la dynamique engagée.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Montant de l'aide Caf proposé et autres organismes sollicités. ▪ Nature de l'aide : prêt ou/et subvention. ▪ Versement à l'allocataire ou à un tiers. 	
---	--

5. Plan d'aide (montants indiqués en euros)

Nature des charges et des dettes	Montant	Organismes et montants sollicités	Montant pris en charge par la famille

Destinataire du paiement		
Monsieur <input type="checkbox"/>	Madame <input type="checkbox"/>	Tiers <input type="checkbox"/>
Nom ou organisme	N° SIRET	

Signature du / des demandeurs	
Je soussigné (e)	certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements qui précèdent et autorise, le cas échéant, le versement de l'aide au tiers indiqué.
A _____ Le _____	
<i>Signature du/des demandeur(s)</i>	<i>Signature de l'instructeur</i>