



Date de la demande :

PROCEDURE D'URGENCE : **Oui** **Non**

Date du dépôt de la demande :
(à compléter par le service)

FONDS D'AIDE FINANCIERE INDIVIDUELLE

Fonds de Solidarité pour le Logement (FSL) **Accès** **Maintien** **Aide préventive**
 Fonds Energie (FE)

Accompagnement social lié au logement (ASLL)

Fonds Départemental d'Aide aux Jeunes en Difficulté (FDAJD)

Aide Personnalisée de Retour à l'Emploi (APRE)

Fonds Social Insertion (FSI)

Objet de la demande :

1. IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Sexe : F M **Date de naissance :**

Nationalité :

Adresse :

logement autonome :

Oui **non**

N° de téléphone :

Situation familiale : Célibataire Concubinage Pacsé (e) Marié (e)

Divorcé (e) Séparé (e) Veuf (e)

Date :

Nom/Prénom du conjoint :

Date de naissance du conjoint :

Naissance attendue : **Oui** **Date :**

Prestations familiales : CAF MSA

N° allocataire :

Couverture sociale : **Oui** **Non**

N° SS :

Bénéficiaire du RSA : **Oui** **Non**

Contrat d'insertion en cours de validité : **Oui** Du Au

Projet personnalisé d'accès à l'emploi en cours de validité **Oui** Du Au

Soumis à l'obligation d'insertion **Oui** **Non**

Les décisions prises dans le cadre des aides FSL, APRE, FSI et FAJD pourront être communiquées en commission RSA, CCAPEX ou MASP.

Situation professionnelle :

	Monsieur	Madame
Profession (ou activité actuelle)		
Nom et Adresse Employeur		
Date entrée dans entreprise		
Type de contrat de travail		
Si CDD indiquer date de fin		
Chômage (date de début)		
Autres situations (à préciser)		

Autres personnes vivant au foyer :

Nom - Prénom	Lien de parenté	Date de Naissance	Situation	Présence régulière ou occasionnelle	Bénéficiaire Prest. familiales	Bénéf. RSA
				Nombre de parts :		

Plan de surendettement

(Joindre une copie)

 Oui Non en cours date de la notification de recevabilité :**Mesure de protection**

Service gestionnaire :

 Oui Date de fin de mesure :**Mesure d'accompagnement budgétaire :** ASLL MASP Autre (précisez)

Le demandeur certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent dossier et s'engage à respecter les modalités prescrites par le règlement départemental unique d'attribution des aides financières individuelles.

Le

Signature(s)

Madame

Monsieur

Coordonnées de l'organisme demandeur :

Organisme

Adresse

Identité de l'instructeur :

N° de téléphone

ATTENTION :

Dossier à retourner au siège de la circonscription d'action sociale dont dépend votre domicile :

- | | |
|--|--|
| - Circonscription d'action sociale d'Alençon : | 21 place de la Paix
61000 ALENCON
☎ 02.33.31.04.31 |
| - Circonscription d'action sociale d'Argentan : | 16 rue des Capucins
61200 ARGENTAN
☎ 02.33.12.42.20 |
| - Circonscription d'action sociale de Flers : | 5 A/AB rue J. Morin
61100 FLERS
☎ 02.33.64.56.10 |
| - Circonscription d'action sociale de Mortagne au Perche : | Rue du Moulin à Vent
61400 MORTAGNE AU PERCHE
☎ 02.33.85.24.20 |

Pour être complet, votre dossier doit comporter cet imprimé dûment complété et signé, la fiche complémentaire correspondant au fonds que vous sollicitez et les pièces justificatives.

Les dossiers incomplets ne feront l'objet d'aucune décision.

BUDGET MENSUEL DU DEMANDEUR

Ressources mensuelles				Charges mensuelles <u>Etablir une mensualisation des charges</u> (ne pas inclure les crédits)	
Origine des Ressources	M	Mme	Autres personnes		
Revenus professionnels				Loyer résiduel	
Indemnités journalières				Electricité	
Indemnités de formation				Gaz	
Indemnités Pôle Emploi (allocation chômage)				Autre mode de chauffage	
R.S.A.				Eau	
Invalidité - rente AT				Téléphone/Internet	
Retraites				Assurance véhicule	
AAH + complément				Assurance habitation	
Allocation veuvage				Assurance mutuelle	
Pension alimentaire				Taxe d'habitation Taxe foncière	
AF + CF + PAJE + AEEH				Impôts	
ASF				Frais de carburant	
Complément libre choix d'activité				Autre frais de déplacement	
Complément libre choix mode de garde				Frais de scolarité	
Ressources exceptionnelles				Cantine scolaire	
Bourse scolaire				Frais de garde d'enfants	
Autres (à préciser)				Pension alimentaire	
				Frais alimentaire	
				Frais vestimentaire	
				Epargne	
				Autres (à préciser)	
TOTAL				TOTAL	
Total des ressources : Nombre de parts		= Q.F. :		Reste à vivre au moment de la demande : (ressources – charges mensuelles – crédit mensuel)	
Montant AL-APL perçu					

Charges mensuelles exceptionnelles au moment de la demande :

(fournir les justificatifs)

Nature :

Montant :

Crédits et Prêts (en cours)

Nom organisme prêteur	Montant total	Montant mensuel	Date 1er remboursement	Date dernier remboursement
TOTAL				

Dettes (autres créances)

Nature	Montant	Modalités remboursements prévues
TOTAL		

**FICHE COMPLEMENTAIRE
DU FONDS DE SOLIDARITE POUR LE LOGEMENT
MAINTIEN DANS UN LOGEMENT
(A joindre au dossier)**

1. Quelle aide sollicitez-vous ?

- Dette de loyer Dette de charges locatives
 aide préventive

2. Attestation du bailleur (à faire remplir par le bailleur du logement)

Je soussigné (NOM –PRENOM) :

ADRESSE :

N° de Téléphone :

Atteste sur l'honneur que (NOM –PRENOM du débiteur) :

ADRESSE :

Est redevable d'une dette de loyer de correspondant à la période
du :/...../..... au/...../.....**Détail de l'impayé :****Date de la 1^{ère} dette de loyer :/..../....**S'agit-il d'un impayé de plus de trois mois ? Oui Non

Montant de la dette de loyer (sans les charges).....€

La dette de loyer est-elle inférieure à 24 mois ? Oui Non

Charges locatives (eau ,chauffage, électricité).....€

Les charges locatives comprennent la fourniture : d'électricité d'eau de chauffage autres (à préciser) :La dette des charges est-elle inférieure à 12 mois ? Oui Non

Frais de recouvrement :€ si frais de recouvrement, depuis quelle date/..../....

Date de signalement de l'impayé de loyer aux organismes compétents (CAF, MSA, CDAPL) :/...../.....

Décision prise par ces organismes en matière d'Aide Personnelle au Logement :

d'Allocation Logement :

Indiquez les SIX derniers paiements effectués (date et montant) :

Le/...../..... pour€

Le/...../..... pour€

Le/...../..... pour€

Le/...../..... pour€

Le/...../..... pour€

Le/...../..... pour€

Le logement est de type : Studio F1 F2 F3 F4 F5 Autre (à préciser) :Le paiement du loyer est-il cautionné ? Oui NonSi oui, il s'agit d'une caution Privée CIL**Descriptif des procédures en cours :**- Procédure d'expulsion en cours ? Oui Non- Bail résilié ? Oui Non

Si oui, date :/...../.....

- Assignation en résiliation de bail ? Oui Non- Commandement de quitter les lieux ? Oui Non- Concours de la force publique ? Oui Non- Un protocole a t'il été signé ? Oui Non- Un plan d'apurement a t'il été négocié ? Oui NonEst-il respecté ? Oui Non

Montant :

Durée :

 J'atteste que mon logement ne fait pas l'objet d'un arrêté d'insalubrité ou de péril.A, Le/...../.....
Signature :

