



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.

4. Modalités d'intervention envisagées par le référent :

| | Aide non remboursable | Abandon de créance | Prêt | Avance |
|----------------------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------------------|--------|
| Montant | | | | |
| Modalités de versement | | | | |
| Global | | | | |
| Fractionné | | | | |
| Mode de paiement | | | | |
| Espèces | | | | |
| Virement bancaire | | | | |
| Chèque D'accompagnement | | | | |
| Destinataires du paiement | | | | |
| | | | Modalités de remboursement | |
| Montant des échéances | | | | |
| Dates de remboursement | | | | |

5. Situation du jeune : vit en autonomie vit chez les parents. Si oui : situation professionnelle des parents et ressources du foyer à prendre en compte :

Père : Ressources :

Mère : Ressources :

La famille contribue t'elle au projet du jeune ? Oui Dans quelle mesure ? Non Pourquoi ?Si déplacement, type de véhicule utilisé : 2 roues voiture (joindre une copie de la carte grise)**6. Suivi du jeune :**

Le jeune est-il connu ou suivi par un autre service ? Si oui, lequel ? Ce service a t'il été informé du projet du jeune ?

Si le jeune dépend d'un dispositif particulier, indiquez lequel (ex. CIVIS) :

7. Avis du référent :**Renseignements concernant le référent :**

Organisme

Nom

Adresse

N° de téléphone

Prénom

Rappel des pièces à joindre au dossier :

- La fiche statistique dûment renseignée
- Un relevé d'identité bancaire du tiers intéressé ou du demandeur (si l'aide lui est versée directement)
- Les copies des factures ou devis justifiant la demande
- S'il s'agit d'une demande d'aide pour l'emménagement dans un nouveau logement : attestation écrite du nouveau bailleur certifiant que son logement ne fait pas l'objet d'un arrêté d'insalubrité ou de péril.
- Fiche budget

**AIDE PERSONNALISEE DE RETOUR A L'EMPLOI
FONDS D'AIDE AUX JEUNES
ACCES A LA MOBILITE**

AVANCE DU DEPOT DE GARANTIE

CONVENTION

Entre

L'organisme payeur :

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORNE

Adresse : 27 boulevard de Strasbourg – CS 70541 – 61017 ALENCON Cédex

Le bénéficiaire :

Adresse actuelle :

La structure :

Adresse :

Objet du contrat de location:

Type de location :

Date d'effet :

Montant du dépôt de garantie :

Il a été convenu ce qui suit :

1 – Modalité de versement du dépôt de garantie

Le dépôt de garantie dont le bénéficiaire est redevable envers la structure en vertu du présent contrat de location, est avancé par le Conseil départemental, directement à la structure.

2 – Modalité de restitution du dépôt de garantie

Suite à la remise du matériel, et dans un délai d'un mois, la structure remboursera au Conseil départemental le montant du dépôt de garantie que celui-ci a avancé. Le remboursement du dépôt de garantie sera versé directement par mandat à l'ordre de la paierie départementale – Banque de France – IBAN FR 54 3000 1001 18C6 1100 0000 034. BIC BDFEFRPPCCT.

Toutefois, si la somme avancée par le Conseil départemental ne lui est pas restituée en totalité, du fait notamment de la retenue dûment justifiée par la structure de tout ou partie du dépôt de garantie pour des motifs inhérents à l'exécution du contrat de location, le bénéficiaire sera alors tenu de façon irrévocable de régler directement au Conseil départemental dans un délai de 3 mois, les sommes qui lui restent dues.

Dans ce cas, et tel que défini par la procédure contentieuse des fonds d'aide financière individuelle, un titre de recette sera alors émis à l'encontre du bénéficiaire en vue du recouvrement des sommes dues par le Payeur départemental.

Il ne pourra s'y opposer, même en cas de conflit avec la dite structure.

En cas de non restitution de tout ou partie du dépôt de garantie, l'attribution d'un nouveau dépôt de garantie ne pourra être accordée qu'à titre exceptionnel par la commission locale unique (CLU), après examen de la situation.

3 – Obligation d'information

La structure qui reçoit les fonds s'engage à informer le Conseil départemental dans un délai de huit jours de toute annulation du contrat de location.

Toute information devra être transmise au Conseil départemental, service de la cohésion sociale, bureau logement-ville et fonds d'aide – 13 rue Marchand Saillant – CS 70541 – 61017 ALENCON Cedex

| | |
|--|---|
| Le bénéficiaire | Fait à : _____, le _____ (fait en 3 exemplaires) |
| <i>Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé, bon pour acceptation ».</i> | |
| La structure | Le Conseil départemental de l'Orne |
| <i>Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé, bon pour acceptation ».</i> | |

BUDGET MENSUEL DU DEMANDEUR

| <i>Ressources mensuelles</i> | | | | 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 | | |