

DEMANDE D'AIDE A L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

Tampon de l'organisme du service demandeur =>

Nom et coordonnées du travailleur social instruisant la demande :

Nom Prénom

Téléphone

Mail

DEMANDEUR

ASSURÉ SOCIAL

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse

Adresse

Téléphone:

Date d'arrivée sur la commune :

IDENTIFIANT ADMINISTRATIFS

CAF :

RSA :

MDPH :

Sécurité Sociale :

POLE EMPLOI :

Demande de logement :

SITUATION FAMILIALE

Composition de la famille : *(toutes les personnes à charge y compris le demandeur)*

| Nom - Prénom | Date de naissance | Lien de parenté | Profession ou classe suivie |
|--------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

LOGEMENT OU HEBERGEMENT

Catégorie de logement T

Statut vis-à-vis du logement :

Nom du bailleur :

Type de logement :

MOTIF DE LA DEMANDE

Qu'est-ce qui vous a conduit à cette demande ? Quelles sont vos possibilités d'aides familiales et vos difficultés actuelles ?
Quelles démarches avez-vous effectuées pour les résoudre ?

Etes-vous suivi par un service social ?

OUI

NON

Si oui, lequel :

Nom du correspondant social :

Lieu :

Je certifie sur l'honneur d'exactitude des renseignements fournis

DATE

SIGNATURE

| ORIGINE DES DIFFICULTES | OBJET DE L'AIDE |
|---|----------------------------|
| Précarité de ressources (minima sociaux) | EDF - Eau - Téléphone |
| Dettes - dépense importante - surendettement | Projet socio-professionnel |
| Attente d'ouverture de droits | Mobilité |
| Événement familial déstabilisant (décès, séparation...) | Subsistance |
| Santé | Logement - hébergement |
| Autre | Autre |

DOSSIER DE SURENDETTEMENT

Proposé

Déposé

Validé

| MONTAGE FINANCIER PROPOSÉ | Montant (secours ou prêt) | Mode de paiement souhaité (virement ou chèque) | Destinataire (demandeur, créancier...) |
|--|------------------------------|---|---|
| Allocation mensuelle ASE | | CAP Virement (exceptionnel) | Demandeur |
| Secours d'urgence ASE | | CAP | Demandeur |
| Fonds de facilité | | | |
| FSL Énergie | | | |
| Caisse d'Allocations Familiales | | | |
| Secours Présidente du Conseil Départemental | | | |
| FAJ | | | |
| CPAM | | | |
| CCAS | | | |
| Participation famille | | | |
| Autres (préciser) | | | |

AVIS MOTIVE DU SERVICE INSTRUCTEUR

DATE :

Perspective d'insertion et dévolution de la situation socio-professionnelle
Aides financières accordées au cours des 12 derniers mois

Travailleur social de la demande :

Téléphone :

Date :

SIGNATURE