

# FONDS SOLIDARITE LOGEMENT

**Demande à envoyer par email : fsl95@valdoise.fr**

## AFIL : AIDE AUX IMPAYÉS DE LOYER

**COORDONNÉES DU SERVICE INSTRUCTEUR**

<b>SSD / Service Social du Département du Val d'Oise</b>		<b>Autres services instructeurs</b> <small>(CCAS, Bailleurs, Associations, Services sociaux spécialisés, CAF...)</small>			
		Souhaitez-vous participer à la commission ? <small>(uniquement dossiers AFIL et renouvellement ASLL)</small>			
		oui		non	
Nom du responsable				@	
Nom du référent				@	

**IDENTITÉ DU OU DES DEMANDEURS (personnes occupant le logement concerné par la demande)**

<b>MATRICULE CAF</b>		<b>N° SECU</b>	
<b>TEL/ EMAIL (OBLIGATOIRE)</b>		@	
Nom	Prénom	Date naissance	Parenté

**SITUATION FAMILIALE DU OU DES DEMANDEURS**

Célibataire	Vie maritale, Marié ou Pacsé	Séparé(e)	Divorcé(e)	Veuf(ve)	Autre (préciser)
-------------	------------------------------	-----------	------------	----------	------------------

**TITRES D'IDENTITÉ DU OU DES DEMANDEURS**

Nature (CNI, titre de séjour, récépissé, ...)	Numéro	Date et lieu de délivrance	Date de fin de validité

**SITUATION AU REGARD DE L'EMPLOI DU OU DES DEMANDEURS**

Nom - Prénom	Salarié, chômage, formation, apprentissage, bénéficiaire RSA, retraité, invalidité, autre (à préciser)	Type de contrat	Depuis le :


**LOGEMENT ACTUEL DU OU DES DEMANDEURS**

Plaine de France	Vallée de l'Oise-Vallée de Montmorency / Rives de Seine	Vexin Ville Nouvelle / Pays de France
------------------	---	---------------------------------------

Adresse :

Nom du Bailleur: PUBLIC PRIVE (copie du contrat de location à joindre obligatoirement)

# BUDGET DU DEMANDEUR

**L'ensemble des informations indiquées sur la demande d'aide est soumis à la vérification du service instructeur. Seules les pièces signalées par  sont à joindre au dossier.**

Les ressources prises en compte comprennent l'ensemble des revenus perçus, quelque soit leur nature, par les personnes occupant le logement concerné par la demande d'aide, à l'exception de l'allocation de rentrée scolaire, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, et des aides dont le montant ou la périodicité n'ont pas de caractère régulier.


NATURE DES RESSOURCES DES OCCUPANTS				CHARGES MENSUELLES FIXES	
	Demandeur	Conjoint	Ascendant	CHARGES MENSUELLES FIXES	MONTANT
Salaire				Loyer (toutes charges comprises)	
Indemnités journalières				participation hébergement	
Revenus non salariés				électricité	
<b>Allocation Chômage</b>				gaz	
ARE				chauffage	
Allocation solidarité				eau	
Allocation formation reclass.				téléphone fixe et internet	
Allocation insertion				téléphone portable	
<b>Prestations familiales et sociales</b>				<b>Assurance</b>	
Allocations familiales				habitation	
Allocation de soutien familial				voiture	
Complément mode de garde				mutuelle	
Allocation parentale d'éducation				scolaire	
Complément familial				<b>autres (à préciser)</b>	
AAH				impôts sur le revenu	
RSA + prime d'activité				taxe d'habitation	
AL / APL				frais de transport	
<b>Autres revenus</b>				frais de garde d'enfant	
rente accident du travail				frais de cantine	
pension d'invalidité				pension alimentaire	
pension de retraite				autres (à préciser)	
Autre : à préciser					
<b>TOTAL</b>				<b>TOTAL</b>	
<b>TOTAL RESSOURCES FOYER</b>					

NOUVEAU LOGEMENT <i>SI DEMANDE ARG</i>	
LOYER DE BASE	
CHARGES LOCATIVES	
<input type="checkbox"/> APL <input type="checkbox"/> AL	
LOYER RÉSIDUEL	

RESTE À VIVRE	
REVENU DISPONIBLE MENSUEL (=ressources-charges)	(A)
NOMBRE DE PERSONNES AU FOYER	(B)
RESTE A VIVRE MENSUEL PAR PERSONNE	(A/B)

SITUATION DES DETTES ET CREDITS					
Nature de la dette ou du crédit	Montant initial	Solde	Montant mensuel de remboursement	Date de fin prévue	Paiement mensuel régulier (oui/non)

Revenu disponible après remboursement des dettes et des crédits	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Reste à vivre mensuel par personne	<input style="width: 90%;" type="text"/>

COMMISSION DE SURENDETTEMENT		
Plan de surendettement :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	déposé le : <input style="width: 80%;" type="text"/> à joindre obligatoirement 
Plan d'apurement proposé	Plan d'apurement accepté	Plan d'apurement refusé
Mesures recommandées	Rétablissement personnel	En cours de constitution

# RAPPORT SOCIAL

## COORDONNÉES DU SERVICE INSTRUCTEUR

Service instructeur :

Nom et prénom :

## COORDONNÉES DU OU DES DEMANDEURS

Nom :

Prénom :

VISA DU RESPONSABLE

DATE - SIGNATURE - CACHET DU REFERENT SOCIAL

### COORDONNEES DU OU DES DEMANDEURS

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° CAF : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LE LOGEMENT

Type de logement :	Studio	T1	T2	T3	T4	T5 et +	Logement éligible à :	APL	AL
Chauffage inclus dans les charges :	oui			non		Eau chaude incluse dans les charges :		oui non	
Un dossier LOCAPASS a-t-il été déposé ?	oui			non		Compte tenu du caractère subsidiaire du FSL, ces organismes devront être sollicités prioritairement.			
Le bailleur a-t-il contracté une garantie risque locatif ?	oui			non					

### AIDES DEMANDÉES

**AFIL 1 :** ménages ayant repris le paiement de tout ou partie du loyer courant au moment de l'instruction du dossier.

**AFIL 2 :** ménages ne remplissant pas les conditions de reprise du paiement de tout ou partie du loyer au moment de l'instruction du dossier.

**Aide au quittancement**

### ENGAGEMENT DU OU DES DEMANDEURS

**1/ Renseignements transmis par le ou les demandeurs :**

- ✓ Je certifie l'authenticité des renseignements fournis.
- ✓ Je suis informé que toute omission ou fausse déclaration pourrait entraîner un rejet pur et simple de ma demande.
- ✓ Je suis informé que ces informations feront l'objet d'un traitement automatisé et communiquées aux membres de la Commission déconcentrée du FSL.
- ✓ Je suis informé que la loi du 6 janvier 1978 me garantit le droit d'accès et de rectification à ces informations auprès du Conseil départemental du Val d'Oise.
- ✓ Je suis informé en outre que les renseignements fournis dans la présente demande pourront être communiqués à mon bailleur,
- ✓ Je suis informé que la décision de la commission me sera transmise exclusivement par e-mail.

**2/ En cas d'attribution d'une aide financière, je m'engage à :**

- ✓ accepter que le montant attribué par le Fonds de Solidarité Logement soit versé directement par le Conseil départemental du Val d'Oise à mon bailleur,
- ✓ respecter les conditions de remboursement d'une aide octroyée sous forme de prêt et répondre dans un délai d'un mois à la proposition de contrat soumise par le Conseil départemental du Val d'Oise,
- ✓ donner mon accord pour que mon allocation logement soit versée directement au bailleur,
- ✓ signaler toute difficulté à mon bailleur et reprendre contact le cas échéant avec un travailleur social.

**3/ En cas de décision d'accompagnement social, je m'engage à :**

- ✓ collaborer à la mesure qui sera définie avec le travailleur social désigné.

**ATTENTION : l'instruction d'une demande d'aide ne dispense en aucun cas le règlement régulier du loyer courant.**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA SYSTEMATIQUEMENT RETOURNE**

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

<b>Cachet du service instructeur</b>

<b>Signature du ou des demandeurs avec la mention "lu et approuvé"</b>

## Pièce indispensable à la constitution du dossier

## RENSEIGNEMENTS SUR LE BAILLEUR

 Nom et adresse du bailleur : \_\_\_\_\_  
 Contact (Tel & Mail)    Tel : \_\_\_\_\_    Email : \_\_\_\_\_

**LA PRÉSENCE DU BAILLEUR EN COMMISSION EST VIVEMENT CONSEILLÉE**

## TITULAIRE(S) DU BAIL ET OCCUPANT(S)

Nom et Prénom du/des locataire(s): \_\_\_\_\_

Occupant(s): \_\_\_\_\_

Adresse du locataire : \_\_\_\_\_ N° du logement : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LE LOGEMENT

Type de logement :    Studio    T1    T2    T3    T4    T5 et +    Suspension de l'AL/APL?    oui    non

Date d'entrée dans les lieux : \_\_\_\_\_ Charges collectives :    oui    non    Charges individuelles :    oui    non

Un dossier LOCAPASS a-t-il été déposé ?    oui    non

Le bailleur a-t-il contracté une garantie risque locatif ?    oui    non

Si oui, a-t-elle été activée ?    oui    non    Pour quel montant : \_\_\_\_\_

Y-a-t-il une caution solidaire ou un garant ?    oui    non    Y-a-t-il déjà une subrogation de l'aide au logement ?    oui    non

Si la famille bénéficie de l'allocation logement, la subrogation est obligatoire.

## RENSEIGNEMENTS SUR LA DETTE LOCATIVE

Montant du loyer de base : \_\_\_\_\_ Charges mensuelles : \_\_\_\_\_ Montant de AL ou APL : \_\_\_\_\_

Montant de la dette (hors frais et hors loyer en cours) : \_\_\_\_\_ Période de constitution de la dette : \_\_\_\_\_

Frais judiciaires : \_\_\_\_\_ Rappel de charges locatives : \_\_\_\_\_

La CCAPEX a-t-elle été saisie ?    oui    non    si oui, à quelle date? \_\_\_\_\_

Y-a-t-il un plan d'apurement ?    oui    non    si oui, à quelle date? \_\_\_\_\_ Montant des mensualités? \_\_\_\_\_

Ce plan d'apurement est-il respecté ?    oui    non

Loyer courant repris ?    oui    non    si oui, à quelle date? \_\_\_\_\_

Nombre de mensualités versées sur les 12 derniers mois : \_\_\_\_\_ Stade de la procédure contentieuse : \_\_\_\_\_

Procédure d'expulsion en cours ?    oui    non    Date du jugement ? \_\_\_\_\_

Résiliation du bail et signification du jugement ?    oui    non    A quelle date ? \_\_\_\_\_

Concours accordé ?    oui    non

Recours en indemnisation ?    oui    non    Si oui, recours :    gracieux    judiciaire    Montant \_\_\_\_\_

Une PRP (Procédure de Rétablissement Personnel) a-t-elle été engagée concernant le locataire ?    oui    non

Une décision favorable a-t-elle été rendue ?    oui    non    A quelle date ? \_\_\_\_\_ Montant ? \_\_\_\_\_ €

## POSITION DU BAILLEUR ( joindre RIB )

L'intervention du FSL implique l'arrêt des poursuites, le maintien dans les lieux, l'établissement d'un nouveau bail dans un délai maximum d'un an sans pratique de hausse de loyer à la relocation, ou à un protocole d'accord aux mêmes conditions de location.

**ACCORD DU BAILLEUR SANS RÉSERVE**
**DÉSACCORD DU BAILLEUR**
**ACCORD DU BAILLEUR sans établissement d'un nouveau bail**

Néanmoins, je m'engage à permettre le maintien du ménage dans les lieux jusqu'à son relogement.

**Observations / Motifs :**

A \_\_\_\_\_ le

**Signature et cachet du bailleur**

<b>TYPE D'ACCOMPAGNEMENT SOLLICITÉ</b>	
ASLL	
<b>COORDONNÉES DU SERVICE INSTRUCTEUR</b>	
Nom et prénom : _____	
Qualification :	AS      CESF      EDUCATEUR      AUTRE (précisez)
<b>COORDONNÉES DU OU DES DEMANDEURS</b>	
Nom et prénom : _____	
Adresse : _____	
<b>INFORMATIONS SUR LE OU LES DEMANDEURS</b>	
1/ Le ménage bénéficie t-il actuellement d'un accompagnement social ?      oui      non	
Précisez lequel ci-après :	
Accompagnement par le service instructeur dans le cadre du droit commun (SSD, CCAS, CAF...)	
MASP / MAJ      AESF / AGBF      Autre	
2/ Quelles sont les problématiques repérées justifiant la mise en place d'un ASLL ?	
_____	
3/ La famille adhère-t-elle à cette proposition ?      oui      non	
<b>RAPPORT SOCIAL</b>	
<b>RAPPEL DES PROBLÉMATIQUES REPÉRÉES JUSTIFIANT LE BESOIN D'UN ACCOMPAGNEMENT SOCIAL LIÉ AU LOGEMENT</b>	

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

<b>Signature obligatoire du ou des demandeurs</b>

<b>Cachet du service instructeur obligatoire et visa du responsable</b>