

FONDS SOLIDARITE LOGEMENT

Demande à envoyer par email : fsl95@valdoise.fr

DEMANDE INITIALE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL LIÉ AU LOGEMENT (ASLL)

COORDONNÉES DU SERVICE INSTRUCTEUR

SSD / Service Social du Département du Val d'Oise		Autres services instructeurs <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)

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

SITUATION FAMILIALE DU OU DES DEMANDEURS

Célibataire	Via 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	
Allocation Chômage				gaz	
ARE				chauffage	
Allocation solidarité				eau	
Allocation formation reclass.				téléphone fixe et internet	
Allocation insertion				téléphone portable	
Prestations familiales et sociales				Assurance	
Allocations familiales				habitation	
Allocation de soutien familial				voiture	
Complément mode de garde				mutuelle	
Allocation parentale d'éducation				scolaire	
Complément familial				autres (à préciser)	
AAH				impôts sur le revenu	
RSA + prime d'activité				taxe d'habitation	
AL / APL				frais de transport	
Autres revenus				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					
TOTAL				TOTAL	
TOTAL RESSOURCES FOYER					

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 :	oui non	déposé le : 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

