

FONDS SOLIDARITE LOGEMENT

Demande à envoyer par email : fsl95@valdoise.fr

PROJET 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 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> @ <input type="text"/> |
| Nom du référent | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> @ <input type="text"/> |

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

| MATRICULE CAF | <input type="text"/> | N° SECU | <input type="text"/> |
|--------------------------|----------------------|----------------|----------------------|
| TEL/ EMAIL (OBLIGATOIRE) | <input type="text"/> | @ | <input type="text"/> |
| 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



Fonds de Solidarité Logement

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL LIÉ AU LOGEMENT (ASLL)



**Mesures réservées aux ménages dont la situation nécessite un accompagnement renforcé, en lien avec un cumul de problématiques et/ou de difficultés avérées impliquant la nécessité d'une articulation et d'une coordination de différents acteurs. Dispositif expérimental conduit par les associations conventionnées dans ce cadre par la DDETS.*

TYPE D'ACCOMPAGNEMENT SOLLICITÉ

ASLL

COORDONNÉES DU SERVICE INSTRUCTEUR

Nom et prénom :

Qualification : AS CESF EDUCATEUR AUTRE (précisez) _____

COORDONNÉES DU OU DES DEMANDEURS

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

INFORMATIONS SUR LE OU LES DEMANDEURS

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 Date début d'accompagnement ASLL :

RAPPORT SOCIAL

RAPPEL DES PROBLÉMATIQUES REPÉRÉES JUSTIFIANT LE BESOIN D'UN ACCOMPAGNEMENT SOCIAL LIÉ AU LOGEMENT

OBJECTIFS DÉFINIS AVEC LE MÉNAGE

MOYENS CONCRETS ENVISAGÉS PAR LE MÉNAGE ET L'OPÉRATEUR DE LA MESURE POUR ATTEINDRE SES OBJECTIFS

A _____ le _____

**Signature obligatoire
du ou des demandeurs**

**Cachet du service instructeur obligatoire
et visa du responsable**