

FONDS SOLIDARITE LOGEMENT

Demande à envoyer par email : fsl95@valdoise.fr

**DEMANDE DE FIN DE MESURE
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 : <input style="width: 100px;" 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

