

## FONDS SOLIDARITE LOGEMENT : BAIL GLISSANT

A REMPLIR PAR LE PRESIDENT DE LA COMMISSION

Date	Décision	Montant	signature
	<input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Ajournement au		

MATRICULE		BSC BAILLEUR	
N° SECU		à compléter par le technicien FSL	

\*Si non allocataire (NI) , adresser photocopie de la carte de séjour ou pièce d'identité,  
ou passeport ou livret de famille **et l'attestation de Sécurité Sociale (du couple ou de la personne isolée)**  
et indiquer NI dans case en regard du matricule

**Date de réception (à remplir par le technicien) :** \_\_\_\_\_

**Antériorité FSL**       OUI     NON      Si oui, depuis quelle date : \_\_\_\_\_

Nom du TS référent		TEL	
Nom du service instructeur		MAIL	
Date de la demande			

IDENTITE DES DEMANDEURS (personnes occupant le logement concerné par la demande)			
Nom	Prénom	Date naissance	Parenté

SITUATION FAMILIALE DES DEMANDEURS
------------------------------------

célibataire   
  vie maritale   
  marié ou pacsé   
  Veuf(ve)   
  séparé(e)   
  divorcé(e)   
  AUTRE (à préciser)

TITRE DE SEJOUR		
Nom - Prénom	Numéro	Date et lieu de délivrance

Situation au regard de l'emploi			
Nom - Prénom	Salarié, chômage, formation, apprentissage, retraite, invalidité, autres (à préciser)	Type de contrat	Bénéficiaire RSA depuis le :

## LOGEMENT OU HEBERGEMENT ACTUEL

Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

### Type de logement ou d'hébergement

- maison indiv.       appartement  
 hébergement     a) chez un particulier     b) par une association dans une structure collective     c) par une association en diffus  
 autre (précisez)  
 locataire     propriétaire     autre (précisez) \_\_\_\_\_ Nom du Bailleur \_\_\_\_\_

RAPPORT SOCIAL A JOINDRE IMPERATIVEMENT par pli séparé portant mention "CONFIDENTIEL FSL" en rappelant impérativement le numéro d'allocataire.  
 Si la famille est non allocataire : nom + prénom + date de naissance et adresse.

### Compte tenu du caractère subsidiaire du FSL, les organismes sociaux devront être sollicités prioritairement.

**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 les informations fournies feront l'objet d'un traitement automatisé, qu'elles seront 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 siège de la CAF du VAL d'OISE. Je suis informé en outre que les renseignements fournis dans la présente demande pourront être communiqués à mon bailleur.

### TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA SYSTEMATIQUEMENT RETOURNE

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

Cachet du service instructeur

Signature du ou des demandeurs

### DOSSIER A ADRESSER IMPERATIVEMENT A :



Conseil départemental du Val d'Oise  
 DVS / SALS / Commission Technique du FSL  
 2 avenue du Parc CS 20201 CERGY  
 95032 CERGY PONTOISE CEDEX  
 TEL : 01 34 25 35 10

Coordonnées du Responsable du service instructeur : .....

Nature des ressources des occupants	MONTANT
salaires	
Indemnités journalières	
revenus non salariés	
<b>Allocation Chômage</b>	
ARE	
allocation solidarité	
allocation formation reclas.	
Allocation insertion	
<b>Prestations familiales</b>	
allocations familiales	
allocation de soutien familial	
PAJE Base	
PAJE Libre choix d'activité	
complément familial	
AAH / AEEH	
RSA + prime d'activité	
AL / APL	
rente accident du travail	
pension d'invalidité	
rente accident du travail	
pension d'invalidité	
Autre : à préciser	
rente accident du travail	
<b>TOTAL</b>	

CHARGES MENSUELLES FIXES	MONTANT
Loyer (toutes chages comprises)	
participation hébergement	
électricité	
gaz	
chauffage	
eau	
téléphone fixe	
téléphone portable	
<b>assurance</b>	
- habitation	
- voiture	
- mutuelle	
- scolaire	
impôts sur le revenu	
taxe d'habitation	
frais de transport	
frais de garde d'enfant	
frais de cantine	
pension alimentaire	
autres (à préciser)	
<b>TOTAL</b>	

REVENU DISPONIBLE

NBRE PERSONNE AU FOYER

MOYENNE PAR PERSONNE

**SITUATION DES DETTES ET CREDITS**

Objet	Organisme	Montant initial emprunté	Solde	Début	Fin	Montant mensuel du remboursement

Revenu disponible après remboursement des dettes et des crédits

Moyenne mensuelle par personne

**Dossier Commission Surendettement :**

- Non
- Oui : déposé le \_\_\_\_\_
- Plan d'apurement proposé
- Plan d'apurement accepté
- Plan d'apurement refusé
- Mesures recommandées
- Rétablissement personnel
- En cours de constitution

Le plan de surendettement est à joindre obligatoirement

NB - en cas de mention de la participation d'autres personnes au budget familial, il faut inclure ces personnes dans le calcul de la moyenne par personne. Si cette participation n'est pas mentionnée, ne pas compter le participant à charge. Les bourses scolaires ne sont pas incluses dans les ressources

## PROPOSITION D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL LIE AU BAIL GLISSANT

(à remplir par le service instruisant la demande)

<b>Matricule</b>	
------------------	--

Nom du ou des demandeurs \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Bailleur \_\_\_\_\_

Coordonnées du travailleur social instructeur \_\_\_\_\_

<b>Qualification</b>	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> CESF	<input type="checkbox"/> EDUCATEUR	<input type="checkbox"/> AUTRE (précisez) .....
----------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------	---

Problématiques repérées justifiant le besoin d'accompagnement social lié au bail glissant :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La famille adhère-t-elle à cette proposition ?  OUI  NON

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

**Signature obligatoire  
du ou des demandeurs**

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

