

# FONDS SOLIDARITE LOGEMENT

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

**DEMANDE DE RENOUELEMENT  
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	
<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 :	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

**TYPE D'ACCOMPAGNEMENT**

**ASLL**

**COORDONNÉES DU SERVICE INSTRUCTEUR**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

**COORDONNÉES DU OU DES DEMANDEURS**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

**RAPPORT SOCIAL**

**RAPPEL DES OBJECTIFS INITIAUX EN DÉBUT DE MESURE**

**OBJECTIFS D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL LIÉ AU LOGEMENT RESTANTS À ATTEINDRE**

*Nombre de rencontres entre le travailleur social et la famille :*

*Visites à domicile :*

*Rendez-vous dans les services de l'association :*

*Accompagnement physique dans les démarches :*

*Rendez-vous non honorés :*

*Nombre de reports :*

**RELAIS ENVISAGÉS ÉVENTUELLEMENT**

**MOTIVATION DE LA DEMANDE DE RENOUELEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET DURÉE ENVISAGÉE**

Date du début de la mesure : \_\_\_\_\_ Durée envisagée du renouvellement : \_\_\_\_\_

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

**Signature obligatoire  
du ou des demandeurs**

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