

ARRONDISSEMENT de REIMS

-----  
Canton de FISMES  
-----

**CCAS de  
51140 MONTIGNY-sur-VESLE**

**Tél et Fax : 03.26.48.26.99**



## **Demande d'aide**

### **Pièces à fournir:**

- le formulaire complété
- l'avis d'imposition ou de non imposition sur les revenus de l'année précédente de toutes les personnes vivant au foyer.
- parents divorcés ou tuteurs: extrait du jugement de divorce ou de tutelle mentionnant les modalités de garde

**Les pièces devront être agrafées à la dernière page du dossier.**

### **Pour les familles effectuant plusieurs demandes:**

- compléter un formulaire par demande
- fournir les pièces à joindre en un seul exemplaire.

Les dossiers non accompagnés des pièces mentionnées ci-dessus  
ne seront pas pris en considération.

**ANNEE: \_ \_ \_ \_**

### **A cocher :**

- Renouvellement
- 1ère demande

### **Réservé au CCAS**

Numéro :

Date de la commission:



**BUDGET DU FOYER:**

<b><u>Ressources mensuelles:</u></b>	<b>demandeur</b>	<b>conjoint</b>	<b>Autres</b>
Salaire			
Autre revenu d'activité			
Indemnités de chômage ( sauf ASS)			
Allocation spécifique solidarité			
Indemnité journalières			
Pension vieillesse y compris allocation supplémentaire			
Pension alimentaire			
Prestation familiales			
Allocation parent isolé			
Revenu minimum d'insertion			
Allocation adulte handicapé			
Autres revenus			
Aide au logement			
<b><u>TOTAL:</u></b>			

**CHARGES MENSUELLES:**

		<b>Montant mensuel:</b>
<b><u>LOGEMENT</u></b>	Loyer ou mensualité	
	Chauffage	
	EDF/GDF	
	Eau	
	Impôts	
	Redevance télévision	
	Assurance habitation	
	Téléphone	
<b><u>TRANSPORT</u></b>	Crédits véhicules	
	Assurances véhicules	
	Frais de transport	
<b><u>ENTRETIEN</u></b>	Frais de garde	
	Cantine, Frais de scolarité	
	Complémentaire Santé	
	Pension Alimentaire	
<b><u>CONSOMMATION</u></b>	Crédits à la consommation	
<b><u>DIVERS</u></b>	Saisie du salaire	
	Prêt CAF ou MSA	
	Autres Charges ( découvert bancaire)	
	Total des charges	

**Motifs de la demande d'aide:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Attestation :**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire

Fait le, \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature :

**Cadre réservé au CCAS:**

**Prise en charge de la demande:**  oui  non

**Nature de la prise en charge:** \_\_\_\_\_

**Montant de la prise en charge:** \_\_\_\_\_

**Commentaires:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_