

AIDE ALIMENTAIRE

Vous F M

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

à: _____

Adresse : _____

Code postal: _____

Telephone fixe: _____

Portable: _____

Mail: _____

- Situation familiale: célibataire vie maritale pacsé
 marié séparé divorcé

Votre conjoint(e) F M

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

à: _____

Nombre d'enfants à charge :

Nom – Prénom					
Date de naissance					
Situation (scolarisé, étudiants, salarié, garanti jeune...)					

Pièces justificatives à joindre à la demande :

- Copie de l'avis d'imposition ou non-imposition de l'année N-1
- Carte nationale identité
- Livret de famille
- Attestation de carte vitale
- CMU
- Attestation CAF de paiement et de quotient familial

Objectifs à atteindre :

.....

.....

.....

.....

Durée :

.....

.....

RESSOURCES ET CHARGES MENSUELS A LA DATE DE LA DEMANDE

BUDGET	RESSOURCES		CHARGES	
	Vous	Conjoint(e)	Vous	Conjoint(e)
<u>SALAIRES</u> Salaire Prime (équivalent mensuel) Indemnités journalières maladie Indemnités journalières accident du travail/Rente AT Complément de salaire Durée :				
<u>ASSEDIC</u> Allocation retour emploi ARE/unique dégressive AUD Allocation retour emploi formation AREF/formation de reclassement AFR				
<u>RSA</u>				
<u>CEJ (Mission Locale)</u>				
<u>REGIME DE SOLIDARITE</u> Allocation temporaire d'attente (ATA) Allocation de solidarité spécifique (ASS) Allocation équivalent retraite (AER) Pré-retraite FNE (Fonds national de l'emploi)				
<u>PENSIONS et RETRAITES</u> Pension Vieillesse RSI Pension de Réversion Allocation supplémentaire FNS Retraite complémentaire Allocation spéciale de vieillesse Allocation de solidarité de minimum vieillesse Allocation veuvage Pension d'inaptitude				
<u>INVALIDITE</u> Invalidité 1 ^{ère} catégorie Invalidité 2 ^{ème} et 3 ^{ème} catégorie Pension alimentaire				
<u>PRESTATIONS SOCIALES</u> Allocation Logement Allocation Personnalisée au Logement Allocations Familiales Prestation d'Accueil pour Jeunes Enfants (PAJE)- Complément familial				
<u>Autres</u>				

Allocation de Parents d'Education (APE) Allocation de présence parentale (APP)				
<u>PRESTATIONS PERSONNES HANDICAPEES</u> Allocation de l'Education de l'Enfant Handicapée (AEEH) Allocation des Adultes Handicapés (AAH) Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) Prestation de Compensation du Handicap (PCH) Allocation Compensatrice pour tierce personne (ACTP)				
<u>REVENUS DES BIENS</u> Fermage Loyer Capitaux mobiliers				
<u>DIVERS</u>				
TOTAL GENERAL				

Calcul du reste à vivre par jour et par personne : Ressources – Charges/30/nombre de personnes =

PRESENTATION DE LA SITUATION

Origine du déséquilibre :

.....

.....

.....

.....

.....

Besoins identifiés :

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e)..... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur le présent questionnaire.

De plus, je m'engage à produire au CCAS de Volvic sur sa demande, toute justification qui pourrait lui être utile notamment en ce qui concerne mes ressources et ma situation familiale.

En cas de fausse déclaration concernant le nombre de personnes vivant au foyer ou le montant de mes revenus, je suis informé(e) que le CCAS de Volvic pourra suspendre l'aide qui m'est accordée, après avis de la Commission des Affaires Sociales.

Fait à VOLVIC, le

Signatures :

CCAS

USAGER