



*Saint Sébastien d'Aurayfeuille*

CCAS

2025  
Demande d'aide

Nom :

Prénom :

Hameau :

**Pièces à fournir pour toutes demandes :**

- Copie du livret de famille
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition de toutes les personnes du foyer
- Justificatifs de toutes les ressources du foyer
- Justificatifs de toutes les dépenses du foyer
- Toute pièce jugée utile par le demandeur pour motiver sa demande

**Tout dossier incomplet ne pourra être traité.**

**Ce dossier est strictement confidentiel et ne sera accessible qu'au Maire et à son adjoint en charge du CCAS.**

# 1- Demandeur

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :

Téléphone fixe :  
Téléphone portable :  
Courriel :

Situation familiale :

- |                                      |                                      |                                   |                                   |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Concubinage | <input type="checkbox"/> Pacs     | <input type="checkbox"/> Marié(e) |
| <input type="checkbox"/> Séparé(e)   | <input type="checkbox"/> Divorcé(e)  | <input type="checkbox"/> Veuf(ve) |                                   |

# 2- Composition du foyer

|   | Nom / Prénom | Date de naissance | Lien de parenté | Profession |
|---|--------------|-------------------|-----------------|------------|
| Demandeur                                     |              |                   |                 |            |
| Conjoint(e)<br>Concubin(e)                    |              |                   |                 |            |
| Enfant(s) à charge vivant au foyer            |              |                   |                 |            |
|   |              |                   |                 |            |
|   |              |                   |                 |            |
|   |              |                   |                 |            |
| Autre(s) personne(s) à charge vivant au foyer |              |                   |                 |            |
|   |              |                   |                 |            |
|   |              |                   |                 |            |

### 3- Motif de la demande

|  |
|--|
|  |
|--|

### 4- Budget mensuel du foyer

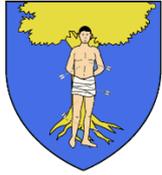
| <b>Ressources</b>                         | <b>Vous</b> | <b>Conjoint(e)</b> |
|---|-------------|--------------------|
| Salaire et/ou gain assimilé               | €           | €                  |
| Indemnités journalières AS/AT             | €           | €                  |
| Allocation chômage / préretraite          | €           | €                  |
| Pension retraite, invalidité, rente AT/MP | €           | €                  |
| Retraite complémentaire, réversion        | €           | €                  |
| Prestations familiales                    | €           | €                  |
| Pension alimentaire                       | €           | €                  |
| Allocation logement                       | €           | €                  |
| Autres revenus :                          | €           | €                  |
| <b>TOTAL</b>                              | <b>€</b>    | <b>€</b>           |

| <b>Dépenses</b>           | <b>Vous</b> | <b>Conjoint(e)</b> |
|---------------------------|-------------|--------------------|
| Loyer et charges          | €           | €                  |
| Prêt immobilier           | €           | €                  |
| Autres crédits            |             |                    |
| Eau/Electricité/Chauffage | €           | €                  |
| Assurances                | €           | €                  |
| Impôts                    | €           | €                  |
| Pension alimentaire       | €           | €                  |
| Téléphone                 | €           | €                  |
| <b>TOTAL</b>              | <b>€</b>    | <b>€</b>           |

### **Attestation**

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent formulaire et je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

Date et signature du demandeur :



# *Saint Sébastien d'Ararefeuille*

## CCAS

### **Décision**

Prise en charge de la demande :     OUI                     NON

Motif du rejet :

Montant de l'aide :

Nature de l'aide :

Date de délivrance de l'aide :