

1021001Q

| | |
|-------------------------------------|--|
| Numéro allocataire CAF du demandeur | |
|-------------------------------------|--|



Ressources du mois de la demande

Salaires et indemnités du mois de la demande

| | Demandeur | Conjoint | Autres |
|-----------------------------------|-----------|----------|--------|
| Salaire net imposable | | | |
| Indemnités chômage | | | |
| Pension d'invalidité | | | |
| Rente accident de travail | | | |
| Indemnités journalières | | | |
| Pension alimentaire perçue | | | |
| Retraites | | | |
| Pension de reversion ¹ | | | |
| Revenus patrimoniaux | | | |
| Autres | | | |
| TOTAL par personne | | | |

Sous total : demandeur + conjoint + autres

Prestations sociales et familiales (voir lexique page 4)

| | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|
| AF | Allocations familiales | | | |
| PAJE | : Allocation de base | | | |
| PAJE | : CLCA | | | |
| AJPP | Allocation journalière de présence parentale | | | |
| CF | Complément familial | | | |
| ASF | Allocation de soutien familial | | | |
| rSa | Revenu de solidarité active | | | |
| AAH | Allocation aux adultes handicapés | | | |
| MVA | Majoration pour la vie autonome | | | |
| Autres | | | | |
| TOTAL par personne | | | | |

Sous total : demandeur + conjoint + autres

Total : Salaires et indemnités + prestations sociales et familiales

①

Charges du mois de la demande

Charges liées au logement

| | Moyenne mensuelle | Payées ce mois |
|---|-------------------|----------------|
| Loyer / accession hors charges (moins AL / APL) | | |
| Frais de copropriété | | |
| Electricité | | |
| Gaz | | |
| Chauffage (bois, fioul...) | | |
| Eau | | |
| Assurance habitation | | |
| Taxe d'habitation et foncière | | |
| Redevance TV | | |
| Autres | | |
| Autres | | |
| Sous total | | |

Autres charges

| | | |
|------------------------------|--|--|
| Frais de garde (moins aides) | | |
| Frais de scolarité | | |
| Téléphone portable | | |
| Internet + fixe | | |
| Mutuelle santé | | |
| Pension alimentaire versée | | |
| Assurance véhicule | | |
| Transport (essence, bus...) | | |
| Impôt sur le revenu | | |
| Autres | | |
| Autres | | |
| Sous total | | |

Total des charges

②

③

Dossier de surendettement

Oui ☐ Non ☐ En cours de constitution ☐ PRP ☐

Date de fin du moratoire ou du plan

Crédits ou plan d'apurement (dettes mensualisées)

| Objet | Montant dû | Mensualités | Date de fin |
|-------|------------|-------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

④

Résumé au service instructeur

Reste à vivre mensualisé

Reste à vivre du mois de la demande

① - ② - ④

① - ③ - ④

Montant AL ou APL

Découvert / dettes / charges non payées

| Objet | Montant |
|--------------------|---------|
| découvert bancaire | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Résumé au service instructeur

Quotient familial

① - ②

¹ Partie de retraite versée au conjoint survivant ou ex-conjoint sous conditions.

Demande de FSL : MAINTIEN

Logement actuel

| | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| Studio <input type="checkbox"/> | T1 <input type="checkbox"/> | HLM <input type="checkbox"/> | Locataire <input type="checkbox"/> |
| T2 <input type="checkbox"/> | T3 <input type="checkbox"/> | Privé <input type="checkbox"/> | Propriétaire <input type="checkbox"/> |
| T4 <input type="checkbox"/> | T5 <input type="checkbox"/> | Meublé <input type="checkbox"/> | Autre <input type="checkbox"/> |
| Date d'entrée dans le logement | | | <input type="text"/> |
| Loyer mensuel avec charges | | | <input type="text"/> |
| Eau comprise | | oui <input type="checkbox"/> | Chauffage compris |
| | | | oui <input type="checkbox"/> |
| AL versée au propriétaire | | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Nom et adresse du propriétaire | | | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | | | |
| <input type="text"/> | | | |

Ressources des trois derniers mois

(Salaires et indemnités + prestations sociales et familiales) **moins** (AL + ARS + AEEH + pension alimentaire versée)

| | Mois en cours (a) | Mois -1 (b) | Mois -2 (c) | Moyenne (a + b + c) / 3 |
|-------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|
| Ressources | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Montant de la demande d'aide financière pour le Fonds de Solidarité Logement

| | Motif de la demande | Votre participation | ET | Prêt à 0% | ET/OU | Aide financière | A qui verser l'aide ? (joindre le RIB au dossier) |
|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|----------------------|--|
| POUR UN MAINTIEN | Dette de loyer | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Eau ² <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Electricité | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Gaz | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Fioul, bois, pétrole | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Assurance habitation | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Autre <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Total | | <input type="text"/> | | ③ <input type="text"/> | | ④ <input type="text"/> |
| Si remboursement de prêt : | | | | | | | |
| | Montant mensuel | <input type="text"/> | | Nombre de mois | <input type="text"/> | | A compter du <input type="text"/> |

² Si demande d'abandon de créance : préciser le montant



Pour les particuliers : merci de joindre à ce formulaire les motifs de votre demande sur papier libre, en indiquant : vos nom et prénom, date de naissance et n° allocataire CAF. Merci de dater et signer votre courrier.

Lexique

AL – APL : Allocation logement – Aide personnalisée au logement

ACS : Aide complémentaire santé

AAEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

ARS : Allocation de rentrée scolaire

CLCA : Complément libre choix d'activité

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

JAF : Juge aux affaires familiales

MVA : Majoration pour la vie autonome

PAJE : Prestation d'accueil du jeune enfant

PRP : Procédure de rétablissement personnel

TDC : Tiers digne de confiance

Réservé au service instructeur – Montant de la demande hors FSL (Joindre un avis motivé du travailleur social)

| Majeur <input type="checkbox"/> | | TDC <input type="checkbox"/> | CDAS | CCAS | CAF-MSA | MISSION LOCALE | AUTRES | MONTANT DE LA DECISION |
|---------------------------------|-------------------|------------------------------|------|------|---------|----------------|--------|------------------------|
| Subvt° | Aide mensuelle | | | | | | | |
| | Durée | | | | | | | |
| | Secours d'urgence | | | | | | | |
| Prêts | Montant du prêt | | | | | | | |
| | Durée | | | | | | | |
| | Mensualité | | | | | | | |
| | Date de début | | | | | | | |
| Bon de transport Trajet : x | | | | | | | | |

Refus - Motif :

Autre proposition :

Réservé au service instructeur – Mode de paiement

| Mode de paiement | Montant | Nom de l'attributaire | Adresse |
|--|---------|-----------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> Virement bancaire | | | |
| <input type="checkbox"/> Chèque Trésor | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre tiers et organismes externes (joindre un RIB et l'imprimé de créances) | | | |

Signature de l'instructeur
le

Signature du décideur
le

Réservé au service instructeur – FSL en urgence

| Nature de l'aide | Montant chiffre Prêt | Subvention | Montant en lettres | Mensualité remboursement |
|------------------|-------------------------|------------|--------------------|-----------------------------|
| FSL Logement | | | | |
| FSL Fluide | | | | |
| FSL Téléphonie | | | | |

Je soussigné(e), Madame, Monsieur _____ désigné(e) par le Président de la Commission
_____ demande à la CAF d'Ille-et-Vilaine d'effectuer le paiement suivant, dans le cadre des attributions d'aides
financières du FSL en urgence :

| Nom - prénom | Adresse | Montant (RIB à fournir) |
|--------------|---------|-------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Signature du Président
ou, par délégation, du Responsable CDAS _____

Visa Responsable CDAS
(Pour Rennes Métropole) _____