

## DOSSIER COLIS ALIMENTAIRES 2019

Vous vous engagez, devant ALLAH par le présent formulaire à fournir des informations réelles. Vous vous engagez également à nous faire savoir dans les brefs délais si, par la grâce d'ALLAH, votre situation venait à changer (en s'améliorant ou l'inverse).

Beaucoup de familles sont demandeuses de colis, et nous gérons les cas selon les priorités, et des critères bien définis, dans le cas où, par un bienfait de notre Seigneur, vous n'auriez plus un besoin réel, rappelez-vous que d'autres l'auront .....

## ETAT CIVIL

☐ Monsieur      ☐ Madame      ☐ Mademoiselle

☐ Mariée    ☐ Divorcé(e)    ☐ Veuf(ve)    ☐ Célibataire    ☐ Conjoint incarcéré

|                   |                     |             |
|-------------------|---------------------|-------------|
|                   | PERSONNE DEMANDEUSE | CONJOINT(E) |
| NOM               |                     |             |
| PRENOM            |                     |             |
| DATE DE NAISSANCE |                     |             |

Personnes à charges : ☒ OUI ☐ NON (Précisez dans le tableau)

[illegible]

ADRESSE DE LA PERSONNE

ADRESSE .....  
ETAGE..... CODE POSTAL..... VILLE.....

Précisez s'il s'agit : ☐ DOMICILE  
☐ HERBERGE CHEZ UN PARTICULIER (FAMILLE, AMI....)  
☐ ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT

TELEPHONE FIXE : ..... PORTABLE : .....

Avez-vous de la famille dans votre secteur géographique ? ☐ OUI ☐ NON

RESSOURCES MENSUELLES (joindre justificatifs)

| RESSOURCES                  | DEMANDEUR | CONJOINT(E) |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| SALAIRE                     |           |             |
| CHOMAGE                     |           |             |
| RSA                         |           |             |
| RETRAITE                    |           |             |
| RETRAITE COMPLEMENTAIRE     |           |             |
| ALLOCATION ADULTE HANDICAPE |           |             |
| PENSION D'INVALIDITE        |           |             |
| ALLOCATIONS FAMILIALES      |           |             |
| ALLOCATION LOGEMENT         |           |             |
| PENSIONS ALIMENTAIRES       |           |             |
| AUTRES :                    |           |             |

Etes -vous suivit par une/ (des) autres(s) association(s) ? Si oui , pour quels besoins et à quelles fréquence

.....  
.....  
.....  
.....

**CHARGES MENSUELLES (joindre justificatifs)**

| CHARGES               | DEMANDEUR | CONJOINT(E) |
|-----------------------|-----------|-------------|
| LOYER                 |           |             |
| ELECTRICITE / GAZ     |           |             |
| ASSURANCE DU LOGEMENT |           |             |
| FOURNISSEUR INTERNET  |           |             |
| DETTES                |           |             |
| CANTINES ENFANT(S)    |           |             |
| PENSIONS ALIMENTAIRES |           |             |
| AUTRES : .....        |           |             |

Y aurait-il des choses à nous signaler quant à votre situation (problème de santé, informations importantes, allergies, particularités, besoins particuliers ....) ?

.....

.....

.....

.....

**PIECES A FOURNIR**

- ☐ PHOTOCOPIE DE LA CARTE D'IDENTITE / TITRE DE SEJOUR.
- ☐ PHOTOCOPIE DU LIVRET DE FAMILLE POUR LES PERSONNES AYANT DES ENFANTS A CHARGES.
- ☐ PHOTOCOPIE DE TOUTES LES RESSOURCES ET DE TOUTES LES CHARGES.
- ☐ COPIE DU DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU NON IMPOSITION ET DE LA TAXE D'HABITATION.
- ☐ JUSTIFICATIF DE LA CAISSE D'ALLOCATION FAMILIALE/ ALLOCATION AIDE AU LOGEMENT.

*PS : TOUTES DEMANDES SANS PIECES JUSTIFICATIVES NE POURRA ETRE TRAITEE.*

Contact 📧: [associationinayah@gmail.com](mailto:associationinayah@gmail.com)

☎ : 06 74 50 57 57