**DOSSIER DE DEMANDE D’AIDE SOCIALE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dossier présenté par :** |  |
| **Dossier adressé par :** |  |
| **Assistante Sociale en charge du dossier :*****Préciser adresse mail et tél*** |  |
| ***\*\*\* Joindre impérativement le certificat médical*** |

* **DEMANDEUR** (Ecrire en lettres majuscules)

Actif [ ]  Chômeur [ ]  Retraité [ ]  Autre, précisez [ ]  -------------------

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom & Prénom** :  |  |
| **Nom de Jeune Fille** : |  |
| **Date de naissance** : \_\_\_  / \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | **Lieu de naissance** : |
| **N° de Sécurité Sociale** : \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_   / \_\_\_ \_\_\_  |

* **ADRESSE**

|  |  |
| --- | --- |
| **N° :**   | **Voie :**  |
| **Complément** |
| **Code Postal** : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | **Commune** : |
| **Tél. fixe** :  | **Tél. portable** : |
| **Mail** : @  |

* **SITUATION DE FAMILLE**

Marié(e) [ ]  Divorcé(e) [ ]  Séparé(e) [ ]  PACS [ ]  Vie maritale [ ]  Célibataire [ ]  Veuf(ve) [ ]

* **LE CONJOINT ACTUEL**

Actif [ ]  Chômeur [ ]  Retraité [ ]  Autre, précisez [ ]  -------------------

|  |  |
| --- | --- |
| **Profession** :  |  |
| **Nom de naissance :**  |  |
| **Prénom** : |  |
| **Date de naissance** : \_\_\_  / \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | **Lieu de naissance** : |

* **AUTRES PERSONNES VIVANT A VOTRE DOMICILE ET ENFANTS A CHARGE VIVANT OU NON DANS VOTRE FOYER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom et Prénom** | **Date de naissance** | **Lien de parenté** | **Profession ou autre situation** |
|  | \_\_  / \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |  |
|  | \_\_  / \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |  |
|  | \_\_  / \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |  |
|  | \_\_  / \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |  |
|  | \_\_  / \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |  |
|  | \_\_  / \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |  |
|  | \_\_  / \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |  |

* **EMPLOYEUR**

|  |
| --- |
| **Identification du dernier employeur**  |
| **Adresse exacte de l’employeur** : |  |
| **Activité de l’employeur** |
| **Date du dernier emploi et nom de l’employeur en cas de licenciement** :  |

* **LES CHARGES DE VOTRE FOYER**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nature des charges** | **Montant** | **Mens** | **Trim.** | **Année** | **Impayés en €** |
| Loyer et charges locatives |  |[ ] [ ] [ ]   |
| Charges de copropriété |  |[ ] [ ] [ ]   |
| Frais d’hébergement en maison de retraite |  |[ ] [ ] [ ]   |
| Frais de maintien à domicile : aide à domicile, aide-ménagère... |  |[ ] [ ] [ ]   |
| Taxe d’habitation |  |[ ] [ ] [ ]   |
| Taxe foncière |  |[ ] [ ] [ ]   |
| Impôts sur le revenu |  |[ ] [ ] [ ]   |
| Assurance habitation |  |[ ] [ ] [ ]   |
| Assurance automobile |  |[ ] [ ] [ ]   |
| Electricité, gaz, chauffage |  |[ ] [ ] [ ]   |
| Téléphone |  |[ ] [ ] [ ]   |
| Eau |  |[ ] [ ] [ ]   |
| Frais de scolarité |  |[ ] [ ] [ ]   |
| Pensions alimentaires versées |  |[ ] [ ] [ ]   |
| Cotisations mutuelle |  |[ ] [ ] [ ]   |
| Autres |  |[ ] [ ] [ ]   |
| **Total** |  |  |  |  |  |

* **DETAIL DES CREDITS** (Immobilier, consommation…)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Organisme** | **Motif du prêt** | **Montant** | **Date de début** | **Date de fin** | **Mensualité assurance comprise** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |
| - Commission de surendettement saisie ? | Oui [ ]  | Non [ ]  | Date :  |
| - Plan conventionnel en cours ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |  |

* **SANTE, AUTONOMIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - Avez-vous des problèmes de santé ou de handicap ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| - Avez-vous besoin d’être accompagné(e) pour sortir de votre domicile ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| - Avez-vous la charge de personnes malades, handicapées ou invalides ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |

* **SALAIRES, RETRAITES ET AUTRES RESSOURCES DE VOTRE FOYER**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Salaires et assimilés** | **Demandeur** | **Conjoint** | **Autres pers vivant au foyer** | **Mens** | **Trim.** | **Année** |
|  | **Montant perçu** |  |  |  |
| Salaires |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
| Allocations Pôle Emploi |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
| Indemnités journalières de sécurité sociale |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
| Indemnités journalières complémentaires |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
| **Retraites de base** |  |  |  |  |  |  |
|  | *Détaillez ci-dessous* |  |  |  |
| Retraite |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
| Retraite complémentaire |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
| Pension de réversion |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
| Autres : Précisez le nom |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
|  |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
| **Prestations sociales** |  |  |  |  |  |  |
|  | *Détaillez ci-dessous* |  |  |  |
| Allocations familiales |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
| Allocation logement |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
| RSA, Prime d’activité |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
| AAH, AES, PCH |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
| ACTP, APA |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
| Autres prestations : API,  |  |  |  |[ ] [ ] [ ]

*Mémo : API (Allocation parent isolé), AGED (Allocation Garde enfant domicile), PAJE (Prestation d’accueil du jeune enfant), ACTP (Allocation compensatrice pour tierce personne), APA (Allocation personnalisée d’autonomie), AAH (Allocation Adulte Handicapé), AES (Allocation d’éducation spéciale), PCH (Prestation compensation du handicap)…*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Autres Ressources** |  |  |  |  |  |  |
|  | *Détaillez ci-dessous* |  |  |  |
| Pension d’invalidité Cat. 1 [ ]  - Cat. 2 [ ]  - Cat. 3 [ ]  |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
| Rente accident du travail |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
| Revenus fonciers |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
| Revenus Mobiliers |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
| Pensions alimentaires |  |  |  |[ ] [ ] [ ]
| Autres  |  |  |  |[ ] [ ] [ ]

* **AUTRES AIDES EXCEPTIONNELLES** (sollicitées au cours des 12 derniers mois)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Organisme** | **En cours** | **Refus** | **Accord** |
|  |  |  | Date | Motif de l’aide | Montant |
|  |  |  | \_\_  / \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |  |
|  |  |  | \_\_  / \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |  |
|  |  |  | \_\_  / \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |  |
|  |  |  | \_\_  / \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |  |
|  |  |  | \_\_  / \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |  |

* **MOTIF DE VOTRE DEMANDE**

|  |
| --- |
|  |

* **JUSTIFICATIFS A JOINDRE A VOTRE DEMANDE**
* Dernier avis d’imposition
* Justificatifs de ressources et de charges
* Certificat médical
* Autres documents permettant de justifier votre demande (arriérés de charges, factures impayées…)

Je soussigné(e), M…………………….. ……..…….. ………, atteste sur l’honneur que les renseignements contenus dans ce dossier sont exacts.

Fait à le

|  |
| --- |
| Signature |

***Le dossier est à envoyer de préférence par mail à*** ***grenoble@gefluc.org*** ***ou à défaut par courrier à : Gefluc Grenoble, 12 rue Auguste Ravier, 38100 GRENOBLE***

* **DECISION DU BUREAU DU GEFLUC**

|  |  |
| --- | --- |
| **ACCORD** [ ]  | **REFUS** [ ]  |
| - Chèque envoyé à :- Adresse d’envoi du chèque : | **MOTIF** : |