

## DEMANDE DE SECOURS EXCEPTIONNEL

### COORDONNEES DU DEMANDEUR

N° CAF :

N° Sécurité Sociale :

Nom et Prénom :

Date et Lieu de naissance :

N° de Téléphone :

Adresse :

### MOTIF DE L'AIDE SOLLICITÉE

**COORDONNÉES DE L'INSTRUCTEUR**  
**(Maire, Président (selon le cas) ou correspondant)**

Nom et Prénom :

Adresse :

Personne à contacter :

N° de Téléphone :

Date:

J'autorise l'utilisation des données de ce formulaire dans le cadre du traitement de ma demande

**SITUATION FAMILIALE**

Célibataire     Marié(e)     Vie martiale     Veuf(ve)     Divorcé(e)     Séparé(e)     Pacsé(e)

Nombre d'enfant à charge :

**RESSOURCES MENSUELLES <sup>(1)</sup>**

	Monsieur	Madame	Autre pers.	Prestations familiales et sociales	
Salaire net				All. Familiales	
Indemnités de stage				All. Jeune Enfant	
Différentes pensions				Complément familial	
Retraites principales et complémentaires				All. Education Spécialisée	
Indemnités journalières CPAM				All. Adulte Handicapé	
Pension d'invalidité				All. Enfant Handicapé	
Allocation chômage				All. Parent Isolé	
Pension alimentaire				All. Soutien Familial	
Comp. départemental ressources				All. Parentale d'Education	
Revenus d'activité non salariée				R.S.A.	
Aide sociale à l'enfance				Prime d'activité	
Autres ressources				All. Logement (AL, APL, ALS)	
<b>SOUS-TOTAUX</b>	- €	- €	- €	Autres	
<b>TOTAL 1</b>				- €	<b>TOTAL 2</b>
					- €
<b>Quotient familial = Partie réservée au service destinataire</b>				<b>TOTAL GENERAL DES RESSOURCES =</b>	- €

**AIDES FINANCIERES ACCORDEES AU COURS DES DERNIERS MOIS**

Organisme	Date	Montant	Objet

**CHARGES MENSUELLES COURANTES <sup>(1)</sup>**

Loyer brut charges incluses		Pension alimentaire versée	
Mensualité accession à la propriété		Saisie sur salaire	
Eau		Téléphone	
Assurance automobile		Mutuelle	
Assurance habitation		Taxe d'habitation	
Electricité - gaz		Impôts sur le revenu	
Chauffage		Taxe foncière	
Remboursement plan surendettement BDF		Frais de garde	
Mensualité plan d'apurement (loyer, etc)		Autres (préciser)	
Transport		Autres (préciser)	
<b>TOTAL 1</b>	- €	<b>TOTAL 2</b>	- €
		<b>TOTAL DES CHARGES MENSUELLES =</b>	<b>- €</b>

**CREDITS**

Nature	Montant initial	Reste dû	Remboursement mensuel	Date de la dernière échéance
			<b>TOTAL DES CREDITS =</b>	<b>- €</b>

<b>DETTES <sup>(1)</sup></b>			
Retard loyer		Découvert bancaire	
Retard emprunt habitation		Retard téléphone	
Retard crédit consommation		Retard impôts	
Retard énergie, retard eau		Autres (préciser)	
<b>TOTAL 1</b>	- €	<b>TOTAL 2</b>	- €
		<b>TOTAL DES DETTES =</b>	<b>- €</b>

(1) Justificatifs à joindre

- Droits à :

- l'assurance maladie ouvert :

Oui

Non

- la Couverture Maladie Universelle de base ouvert :

Oui  depuis quand ?

Non

- la Couverture Maladie Universelle complémentaire ouvert :

Oui  depuis quand ?

Non

Veuillez préciser :

- si la Commission de Surendettement a été saisie :

Oui , ou en est la procédure ?

Non

- l'origine des difficultés,

- les autres dispositifs ou organismes sollicités.

Fait à :

le

Signature et du Demandeur

Qualité et signature de l'Instructeur  
(Qui certifie l'exactitude des renseignements)

**AVIS MOTIVE à remplir par L'INSTRUCTEUR**  
**(Maire, Président (selon le cas) ou correspondant)**

**Montant de l'aide Sollicitée** : \_\_\_\_\_ Euros

**Coordonnées du destinataire du paiement** :

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Qualité et signature de l'Instructeur

## CADRE RESERVÉ À L'A-D-A-S

Décisions du Conseil d'Administration de l'A-D-A-S en date du :

**Montant de l'aide accordée :**                      €uros

Signature :