



Date de réception par le secrétariat
CUT :

N°SOLIS :

RIB Enregistré : Oui Non

N°DUT :

COMMISSION UNIQUE TERRITORIALE D'EXAMEN DES AIDES SOCIALES

Formulaire de demande

Identification du service instructeur (nom de l'instructeur, organisme, adresse, téléphone) :

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

o Etat civil

Nom et Prénom : _____

Date de naissance (jj/mm/aa) : _____

Adresse : _____

Type de logement : _____

Tél : _____ Date d'arrivée sur la commune (jj/mm/aa) : _____

Marié(e) Célibataire Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

o Situation professionnelle

Sans activité professionnelle

Demandeur d'emploi

Salarié(e) CDI

CDD, fin prévue le _____

Mission intérimaire, fin prévue le _____

Contrat saisonnier, fin prévue le _____

Contrat en alternance, fin prévue le _____

Retraité(e)

Autre précisez : _____

COUVERTURE SOCIALE

N° sécurité sociale : _____ Régime : CPAM MSA

Complémentaire santé : à jour en cours aucune

Bénéficiaire de la PUMA (Protection Universelle Maladie) : oui non

Bénéficiaire de la CSS (Complémentaire Santé Solidaire) : oui non

N° allocataire CAF ou MSA : _____

Accès aux droits : à jour en cours suspendu

Si en cours, date dépôt demande organisme (jj/mm/aa) : _____

Nature de la demande : _____

CHEQUE ENERGIE

Eligible Oui non

déjà utilisé oui non

Date d'utilisation (jj/mm/aa) : _____ Fournisseur : _____

PERSONNES VIVANT AU DOMICILE

Nom / Prénom (1)	Date de naissance	Sexe		Situation <small>(scolarité / mode de garde / emploi + lieu)</small>	Lien de parenté
_____	_____	F <input checked="" type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	_____	_____

(1) Si grossesse en cours, indiquer enfant à naître dans le tableau.

ENFANT(S) HORS DOMICILE ET SUSCEPTIBLE(S) D'ETRE ACCUEILLI(S)

Nom / Prénom	Date de naissance	Sexe		Lieu de résidence	Lien de parenté	Rythme droit de visite et d'hébergement
_____	_____	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

ANALYSE DE LA SITUATION PAR L'INSTRUCTEUR

Dispositifs et/ou mesures d'accompagnement budgétaire réalisé(s) au cours de la dernière année :

Nature de l'accompagnement	Période	Organisme et nom du référent
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si le demandeur bénéficie du RSA, Nom du référent unique et Nom de la structure ou service :

Nature de l'accompagnement	Période	Organisme et nom du référent
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Origine de la demande :

- Conseil départemental
- Hôpital
- Secours catholique
- Secours populaire
- Epicerie solidaire
- Croix rouge
- Autre association caritative
- CAF
- Demande personnelle
- Elu
- Mission locale
- Pôle emploi
- Référent RSA
- CCAS
- CPAM
- Structure d'hébergement
- Ville
- Autre (précisez) :

Problématique(s) repérée(s) :

- Expulsion
- Endettement
- Accès aux soins
- Budgétaires
- Logement inadapté
- Précarité énergétique
- Accès aux droits, suspension de droits
- Liées à la parentalité
- Illettrisme
- ASE (exercice des droits parentaux)
- Scolarité/Formation
- Cumul de factures
- Absence momentanée de ressources
- Changement de situation
- Participation aux coûts de formation
- Autre (précisez) :

RESSOURCES DU MOIS DE LA DEMANDE : Indiquer le mois :

	DEMANDEUR	CONJOINT	AUTRE PERSONNE VIVANT AU FOYER	VERSEMENT A UN TIERS (précisez)
Salaire				
RSA				
Prime d'activité				
Allocation chômage (ARE, ASS)				

Formation professionnelle				
Indemnités journalières				
Complément Mode de Garde				
- prestations d'accueil du jeune enfant				
- allocation familiale				
- complément familial				
-allocation de soutien familial				
Pension Alimentaire				
Pension Invalidité				
Allocation Supplémentaire d'invalidité				
Rente accident du travail				
Allocation Adulte Handicapé (AAH)				
Majoration Vie Autonome (MVA)				
PCH(ou ACTP avant 2005)				
Alloc éducat° enft handicapé (AEEH)				
Allocation de Rentré Scolaire (ARS)(1)				
Prime de Noël				
Retraite principale				
Retraite complémentaire				
Pension de réversion				
Allocation Personnalisée Autonomie				
Garantie jeune				
Autres revenus (allocation demandeur d'asile, rente viagère...)				
Allocations Logement (APL,ALS,AL)				
Réduction de Loyer de Solidarité (RLS)				
Total ressources	_____	_____	_____	_____

(1) pris en compte uniquement pour le calcul du quotient familial ASE

Total ressources prises en compte pour le RAV

CHARGES REGLEES DU MOIS DE LA DEMANDE : indiquer le mois :

	CHARGES réglées dans le mois		RESTE à régler	DETTES
	Demandeur	Autres personnes vivant au foyer		
Mensualité accession à la propriété				
Loyer de base				
Plan d'apurement ou participation au Dépôt de Garantie				
Charges locatives (chauffage, eau, communs)				
Eau				
Electricité				
Gaz				
Autres énergies (Fioul, Bois,...)				
Téléphonie				
Internet				
Pension alimentaire versée				
Mutuelle				
Assurances (habitation, voiture, autres)				
Impôt sur le Revenu				
Taxe foncière				
Taxe d'habitation et redevance TV				
Taxe sur les ordures ménagères				
Frais de transports (scolaires ou professionnels ou exceptionnels)				
Frais de garde				
Cantine Scolaire				
Participation versée au CD				
Crédits 1 :				
Crédits 2 :				
Crédits 3 :				
Retenues sur ressources :				
Divers : (préciser)				
Total charges				

Total charges

Calcul du RAV par personne = Ressources du mois - charges du mois réglées/nbre de personnes vivant au foyer

Reste à vivre :

Dossier de surendettement : déposé envisagé en cours d'instruction
Décision de la Banque De France : PRP Moratoire Plan de remboursement

ACCOMPAGNEMENT PROPOSE

- Accompagnement Social Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé
- Accompagnement Social Lié au Logement Mesure de Protection judiciaire
- Mesure de prévention Autres (Précisez) :

AIDES SOLLICITEES

(Les intercalaires propres à chaque dispositif doivent être complétés)

FONDS d'Aides	Fournisseurs ou Bailleurs	Montant de la Facture	Montant de la participation d'autres organismes	Montant de la participation du demandeur	Montant sollicité auprès de la CUT
FSL Accès					
FSL Maintien					
FS Energie					
FS Eau					
Télécommunication					
ASE BE					
ASE Projet					
FAJD Subsistance					
FAJD Formation/Emploi					
FST					
FAI					

➤ DECISION AUTOMATIQUE :

- Date de la décision :
- Aide et montant accordé :
- Motif du refus / ajournement :
.....
.....

➤ COMMISSION UNIQUE :

- Date de la décision :
- Aide et montant accordé :
- Motif du refus / ajournement :
.....
.....

Visa du Responsable MAADS :