



DEMANDE de Prêt d'Equipement Mobilier Ménager

N° ALLOCATAIRE : _ _ _ _ _

NOM & prénom de l'allocataire :

Nom & prénom du conjoint-e /concubin-e.....

Votre adresse (bat.-étage-rue)

Code Postal : Ville : ☎ :

Enfant-s et/ou autres personnes vivant au foyer :

NOM - PRÉNOM	Né(e) le	SITUATION Professionnelle/scolaire
-		
-		
-		
-		
-		

VOUS ÊTES : LOCATAIRE

PROPRIÉTAIRE

Logé GRATUITEMENT

précisez l'identité du propriétaire ou organisme prêteur :

.....

SURENDETTEMENT : Avez-vous saisi la Commission de Surendettement ?

NON

OUI si OUI où en est la procédure de votre dossier ? :

Déposé récemment à la Banque de France : le ... / .../....

Irrecevable par la Banque de France

Recevable par la Banque de France au/.../.....

Moratoire

Procédure Rétablissement Personnel : ordonnancée du .../.../.....

Projet de plan définitif de redressement

Plan définitif de redressement

autres

OBLIGATION de fournir le justificatif correspondant (Sans ce justificatif le dossier vous sera retourné)

TUTELLE : bénéficiez-vous d'une mesure de tutelle ou de curatelle aux prestations familiales ?

NON OUI si OUI votre tuteur doit signer et apposer son cachet ici →

Je soussigné(e), sollicite un prêt de la Caisse d'Allocations Familiales de l'Aube et certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

A Le

Signature de l'allocataire

Signature du Conjoint(e)/concubin(ne)



PRÊT D'ÉQUIPEMENT MOBILIER MÉNAGER

N° ALLOCATAIRE : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

FACTURE PRO FORMA					Réservé à la CAF
LISTE DES ARTICLES Retenus par la CAF de l'Aube	MONTANT PLAFOND	Qté	Montant Unitaire TTC	Montant TOTAL TTC	Montants retenus TTC
M ASPIRATEUR	200 €				
E CONGÉLATEUR	180 €				
N CUISINIÈRE ¹ (électrique gaz ou mixte ou plaque de cuisson et four)	470 €				
A FOUR MICRO ONDES ¹	100 €				
G LAVE LINGE ¹	470 €				
E ORDINATEUR	500 €				
R RÉFRIGÉRATEUR ¹ (seul ou combiné)	470 €				
ROBOT DE CUISINE MULTIFONCTION	150 €				
ARMOIRE ou COMMODE ou BUFFET (2 articles maximum)	300 €				
CANAPÉ CONVERTIBLE (clic clac -BZ)	400 €				
CHAISES DE CUISINE-TABOURET-BANC (nombre selon la composition de la famille)	50 €				
LIT 1 PLACE (pieds et tête de lit compris)	150 €				
M LIT 2 PLACES (pieds et tête de lit compris)	250 €				
O LIT BÉBÉ	170 €				
B LIT SUPERPOSES	300 €				
I MATELAS - 1 PLACE	300 €				
L MATELAS - 2 PLACES	450 €				
I MATELAS BÉBÉ	120 €				
E SOMMIER - 1 PLACE + pieds	200 €				
R SOMMIER - 2 PLACES + pieds	270 €				
TABLE DE CUISINE	200 €				
POUSSETTE ²	200 €				
SIÈGE AUTO ²	150 €				
Ensemble POUSSETTE/SIÈGE AUTO ²	450 €				
Réservé au FOURNISSEUR			Montant TOTAL		
Cachet - Date - Signature			OBLIGATOIRE : Apport personnel de 10 % minimum		
			Montant accordé par la CAF 1 200 € maximum		
			SECOURS ¹	450,00 €	

ATTENTION :

1 - Articles possibles en cas de dossier refusé par la Banque de France ou Plan de Rétablissement Personnel de moins de 5 ans.

2 - UNIQUEMENT en cas de 1ère naissance ou naissances multiples. La demande doit être formulée entre le 7ème mois de grossesse et les 12 mois (des) ou de l'enfant(s) concerné(s).

SERVICE ACTION SOCIALE

PRET D'EQUIPEMENT MOBILIER MENAGER

REGLEMENT de la Facture Pro-Forma

LE FOURNISSEUR soussigné, par le seul fait qu'il délivre la présente facture pro-forma, s'engage formellement, et sans aucune dérogation possible :

- a) - A ne demander à l'allocataire aucun versement à titre d'acompte ou d'arrhes et à ne pas livrer les articles faisant l'objet de cette facture avant que l'allocataire lui ait présenté la lettre par laquelle il est avisé de l'octroi du prêt consenti par la Caisse d'Allocations Familiales de l'Aube.
- b) - A n'effectuer cette livraison que contre le versement **STRICTEMENT AU COMPTANT** de la part de l'acheteur, de l'intégralité de la différence entre le prix total de l'achat et le montant du prêt consenti par la Caisse d'Allocations Familiales de l'Aube.
- c) - A ne procéder à aucun échange ni substitution entre les articles facturés et ceux qui seront effectivement livrés, sans avoir obtenu, au préalable, l'autorisation du Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales de l'Aube.

Il certifie de la façon la plus formelle que le prix de chacun des articles énumérés ci-dessous, est le prix normal de la vente au comptant, sans aucune majoration d'aucune sorte, et que la présente facture représente bien, tant en qualité et nature des articles qu'en valeur, l'achat intégral que se propose de faire l'allocataire désigné ci-dessus à l'aide du prêt dont il a sollicité l'octroi auprès de la Caisse d'Allocations Familiales de l'Aube.

Liste non exhaustive des magasins à :

ARCIS SUR AUBE	WELDOM	03 25 37 81 20
BAR SUR AUBE	GITEM BAR SUR AUBE	0 800 90 03 43
BAR SUR AUBE -	BUT MAGA MEUBLE	03 25 27 29 30
BAR SUR SEINE -	GITEM BAR SUR SEINE	03 25 38 21 21
BRIENNE LE CHATEAU	GITEM BRIENNE	03 25 92 06 06
LA CHAPELLE ST LUC	ELECTRO DEPOT	03 56 87 00 10
MAIZIERES LA GRANDE PAROISSE	BUT ROMILLY	0826 25 25 25
PONT STE MARIE	MAXI COSY	03 25 80 72 27
ST ANDRE LES VERGERS	DARTY	0 892 01 10 10
ST PARRES AUX TERTRES	BUT ST PARRES AUX TERTRES	03 25 80 70 70
TROYES	NET ET BIEN	03 25 80 90 24
TROYES	GENERAL TROC	03 25 45 10 70
TROYES	CONFORAMA	0 892 01 08 08



ATTESTATION DE SITUATION

AU REGARD DU PAIEMENT DES LOYERS
ou
DES MENSUALITÉS D'ACCESSION A LA PROPRIÉTÉ

N°Allocataire :

Je soussigné : (*baillleur ou organisme prêteur*)-----

▪ Certifie que Mme et/ou M :-----

Locataire ou Propriétaire en accession

domicilié au :-----

est à jour à la date du/...../.....

n'est pas à jour dans le versement : de ses loyers.
ou
 de ses mensualités d'accession.

➤ est redevable de la somme de€ représentant.....mois de loyer.

un accord a été pris, soit€ remboursé par mois.
L'accord est il respecté ? OUI NON

aucun accord

Fait à le.....

**Signature et cachet
du Bailleur ou de l'organisme prêteur**

