

Demande de Prêt Equipement Informatique

Votre n° allocataire :

Merci de compléter les rubriques vous concernant.

• **Monsieur**

Votre situation professionnelle :

• **Madame**

Votre situation professionnelle :

• **Votre situation familiale :**

• **Composition familiale :**

Nom et prénom des enfants à charge	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>

• **Adresse complète**

Adresse :

Code postal :

Commune :

Adresse électronique : @

Numéro de téléphone :



50 rue Claude Bernard
24011 Périgueux Cédex

IMPORTANT : Ne procédez à aucun achat avant notification de la décision.**Conditions d'attribution :**

- Etre allocataire de la CAF
- Ne pas être en situation de surendettement
- Avoir au moins un enfant à charge
- Bénéficiaire d'une prestation au moment du dépôt de la demande et du versement du prêt
- Justifier d'une capacité financière (ressources - charges) suffisante pour supporter les remboursements du prêt

Modalités du prêt :

- L'aide accordée est limitée à 600 €
- Le montant de la facture ne devra pas dépasser 800 € TTC
- Le prêt est sans intérêt et sans frais et l'achat doit être réalisé dans un délai de 2 mois suivant l'attribution du prêt
- Il est versé dans tous les cas au fournisseur après production du contrat de prêt et de la ou des factures
- Il se rembourse tous les mois par retenues sur vos prestations familiales
- Un nouveau prêt ne peut pas être accordé tant que le précédent n'est pas remboursé en totalité
- En cas de remboursement anticipé d'un prêt, un nouveau prêt pour le même équipement ne peut être accordé avant le délai d'un an.

Quel(s) achat(s) souhaitez vous faire ?

Le prêt ne peut être accordé que pour l'achat de matériels informatique réalisé auprès d'un commerçant ou d'une association agréée, à l'exclusion d'opérations entre particuliers et achats par internet

Achats ouvrant droit :

- Ordinateur de bureau (unité centrale, écran, clavier, souris)
- Ordinateur portable
- Imprimante
- Tablette

Achat(s) envisagé(s) : nature et montant (en cas d'achats multiples, les lister par priorité)

	<u>Nature</u>	<u>Montant</u>
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IMPORTANT

- **Ne procédez à aucun achat avant notification de la décision**
- **Ce prêt ne constitue pas un droit, il est attribué dans la limite des disponibilités financières**



CHARGES MENSUELLES DU FOYER

NATURE DES CHARGES	MONTANT	IMPAYE
CHARGES LIEES AU LOGEMENT		
Loyer (sans les charges)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Charges locatives	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Electricité	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chauffage	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eau	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AUTRES CHARGES		
Téléphone / Internet :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Impôts	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres (préciser) : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ASSURANCE(S)		
Véhicule	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Habitation	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres (préciser) : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MUTUELLE		
EVALUATION FRAIS DIVERS		
Transport	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Essence	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cantines scolaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres (préciser) : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DECOUVERT BANCAIRE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PENSION ALIMENTAIRE VERSEE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ALIMENTATION HABILLEMENT	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CREDIT EN COURS – NATURE	MONTANT MENSUEL	JUSQU'A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>



• **Avez-vous constitué un dossier de surendettement à la Banque de France ?**

OUI depuis le NON

• **Etes-vous sous Tutelle ?**

OUI NON

RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER

NATURE	DEMANDEUR	CONJOINT	ENFANTS AUTRES PERSONNES
Salaires nets ou revenu agricole	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indemnités journalières	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indemnités de chômage	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pensions et retraite	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pension alimentaire reçue	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres revenus (préciser)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TOTAL		<input type="text"/>	

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sur cette demande ainsi que les documents joints sont exacts et n'avoir pas fait la même demande auprès d'un autre organisme.

Je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.

Je reconnais être informé(e) que la CAF se réserve la possibilité de faire vérifier l'exactitude des déclarations effectuées, par tout moyen approprié, en particulier par une enquête menée par un Agent de Contrôle assermenté.

Fait à le

Signature de l'allocataire ou de son représentant (1)

(1) Pour les personnes incapables de signer elles-mêmes, précisez les nom, prénom, qualité et adresse du signataire.

La Loi n° 78/17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire dont le destinataire est la Caisse d'Allocations Familiales. Cette loi vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales qui verse les prestations.

Nous vous rappelons que la Loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L.554-1 du Code de la Sécurité Sociale – Décret du 17 décembre 1985 – Article 150 du Code Pénal.

La C.A.F. engagera des poursuites pénales à l'encontre de toute personne coupable de fausses déclarations

