



# DEMANDE DE PRET EQUIPEMENT MENAGER MOBILIER

**VOTRE NUMERO D'ALLOCATAIRE** : .....

**Branche Famille**

VOTRE NUMERO DE TELEPHONE : .....

**Service d'Action Sociale**



**04-30-87-70-88**

Email : [accueil-social.cafmende@caf.cnafmail.fr](mailto:accueil-social.cafmende@caf.cnafmail.fr)

Allocataire	Conjoint(e) ou Concubin(e)
Nom – Prénom : .....	Nom – Prénom : .....
Votre nom de naissance : .....	Votre nom de naissance : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Lieu de naissance : .....	Lieu de naissance : .....
Nationalité : .....	Nationalité : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Profession : .....	Profession : .....
Nom de l'employeur : .....	Nom de l'employeur : .....
Date d'entrée dans l'entreprise : .....	Date d'entrée dans l'entreprise : .....
Mariés le ..... à .....	

## COMPOSITION DE LA FAMILLE

Noms et Prénoms des ENFANTS	Date de naissance	
		<b>Attendez-vous actuellement un autre enfant ?</b> Cochez la case qui vous concerne <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non  Si oui, à quelle date ? .....

.../...  
Complétez et signez obligatoirement le verso de cet imprimé

**Demandons à bénéficier par l'intermédiaire de la Caisse Commune de Sécurité Sociale de la Lozère d'un prêt destiné à :**

Nature de l'achat	Prix

**Nous déclarons à cet effet :**

- ❶ ne pas avoir, par ailleurs, sollicité un prêt identique
- ❶ avoir pris connaissance des dispositions du règlement intérieur établi par la CCSS pour obtenir ce prêt et vouloir nous y conformer.

**Nous nous engageons conjointement et solidairement :**

- ❶ à souscrire le contrat prévu au règlement intérieur
- ❶ à fournir à la Caisse toutes justifications exigées en vue de l'instruction de la présente demande.

**Un devis sera obligatoirement joint à la présente demande**

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e).....

certifie sur l'honneur que les renseignements portés par mes soins sur cette déclaration sont exacts.

Je m'engage à signaler à la Caisse commune de Sécurité sociale tous les changements la modifiant.

Fait à .....  
le.....

Cette rubrique doit obligatoirement et impérativement être complétée :

Avez-vous déposé ou envisagez-vous de déposer un dossier en commission de surendettement ?

Non

Oui

Si oui à quelle date : .....

Signature de l'allocataire  
**Lu et approuvé**

Signature du conjoint(e) ou concubin(e)  
**Lu et approuvé**

**Attention** : La loi punit de peines sévères (jusqu'à trois ans de prison et 45 734 € d'amende) quiconque se rend coupable de fausses déclarations (Article L. 441-1 du nouveau code pénal).