



# Équipement ménager et mobilier - Aide remboursable

N° Allocataire :

Nous soussignés (nom et prénom de l'allocataire et du conjoint), .....

..... N° de téléphone : .....

Adresse : .....

A quel titre occupez-vous votre logement :

propriétaire ☐ locataire ☐ hébergé ☐ occupant d'une caravane ☐

Je sollicite, de la Caisse d'allocations familiales de Maine-et-Loire, une aide remboursable pour l'acquisition de :

**Veillez cocher la/les case(s) correspondante(s) à(aux) article(s) souhaité(s) :**

↓	Articles	Montant maxi par article
<input type="checkbox"/>	Lave-linge	500 €
<input type="checkbox"/>	Sèche-linge	500 €
<input type="checkbox"/>	Lave-vaisselle	500 €
<input type="checkbox"/>	Réfrigérateur	500 €
<input type="checkbox"/>	Congélateur	500 €
<input type="checkbox"/>	Four, cuisinière, gazinière, plaques de cuisson	500 €
<input type="checkbox"/>	Appareil de chauffage	500 €
<input type="checkbox"/>	Four à micro-ondes	300 €
<input type="checkbox"/>	Aspirateur	300 €
<input type="checkbox"/>	Matériel informatique : ordinateur, imprimante	500 €

↓	Nature de l'équipement	Montant maxi par équipement
<input type="checkbox"/>	Meubles de chambre à coucher et literie : armoire, lit, sommier, matelas, lits superposés, commode, chevet, bureau et chaise de bureau	500 €
<input type="checkbox"/>	Banquette convertible	500 €
<input type="checkbox"/>	Meubles de cuisine ou de salle à manger : buffet, table, chaises, bancs, meuble de rangement (fauteuil exclu)	500 €
<input type="checkbox"/>	Matériel de puériculture, siège de sécurité auto, poussette	300 €
<input type="checkbox"/>	Machine à coudre	300 €

L'aide remboursable ne pourra pas dépasser le montant maximum fixé par la nature d'article ou d'équipement comme indiqué ci-dessus dans la limite de 1 000 € sur une durée de remboursement variant en fonction du quotient familial. Les frais de livraison peuvent être pris en charge dans la limite de 50 €. Acceptation de votre demande sous réserve de l'éligibilité de votre dossier. La Caf se réserve le droit de refuser tout ou partie de l'aide remboursable. Cette aide est accordée dans la limite du montant de l'enveloppe budgétaire.

Joindre le devis original nominatif et complet correspondant

## j'autorise

- Le prélèvement des mensualités de remboursement sur les prestations familiales et en cas de cessation, par prélèvement sur compte bancaire, postal ou d'épargne, à compter du deuxième mois qui suit le versement du prêt.
- Le versement de l'aide remboursable : Indiquer le nom du magasin.....

## je m'engage

- A rembourser en :
  - 24 mois pour un Q.F. compris entre 0 et 300 €
  - 18 mois pour un Q.F. compris entre 301 € et 450 €
  - 12 mois pour un Q.F. compris entre 451 € et 850 €
- A permettre le contrôle par la Caf de la réalité de l'achat grâce à la constatation de la présence du bien au domicile.
- A rembourser, conjointement et solidairement, en une seule fois, l'intégralité des sommes restant dues par prélèvement sur prestations familiales en cas de non présence du bien au domicile.
- A prendre en charge le solde restant.

**je déclare**

➤ Être engagé(e) dans une procédure de surendettement auprès de la Banque de France : ☐ oui ☐ non

➤ Avoir bénéficié d'un plan de rétablissement personnel (effacement des dettes) dans les 5 ans : ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre le courrier de validation des mesures imposées par la Banque de France ainsi que le tableau des dettes déclarées.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales figurant dans la réglementation jointe à la présente demande.

Je reconnais être informé que l'aide financière individuelle sera versée directement à l'enseigne partenaire de la Caf.

A : ..... Le : .....

Signature de l'allocataire,

Signature du conjoint,

---

**Emplacement réservé à la Caf**

Date de la demande : 

--	--	--	--	--	--	--	--

Montant du Qf : 

--

Nom et visa du technicien :

L 1020550

DEQUIP

ASAUT004



>00000001020500000000<