

Ce dossier ne vaut pas accord. Il vous est remis sans engagement de la part de la Caisse d'allocations familiales de la Mayenne. L'étude du dossier par la Caf sera faite à réception de ce "formulaire de demande de l'aide remboursable pour équiper votre logement" complété et signé et d'un devis. Tout dossier incomplet ne sera pas étudié et sera classé en non recevable.

Numéro allocataire :

Numéro de téléphone :

Adresse électronique :@.....

Adresse :
.....

	Allocataire	Conjoint(e)
Nom, prénom		
Situation actuelle	☐ Salarié(e) ☐ Chômage ☐ Sans activité Depuis le :	☐ Salarié(e) ☐ Chômage ☐ Sans activité Depuis le :
Situation familiale	☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ☐ Pacsé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ séparés Depuis le :	
Situation financière	Votre quotient familial est-il inférieur ou égal à 950 € ? ☐ Oui ☐ Non	

	Les enfants		
	Noms et prénoms	Dates de naissance	Situations actuelles : scolaire, apprenti, sans activité
Enfants à charge vivant au foyer			
			
			
			
			
Autres personnes vivant au foyer			
			

Pour les parents non gardiens (enfant non présent sur le dossier Caf) :

☐ J'atteste recevoir régulièrement mes enfants à mon domicile

N'oubliez pas de répondre aux questions posées au dos de ce document et de signer



Attention :

- Vous devez fournir un devis d'un commerçant conventionné (voir la [liste des commerçants](#) à disposition sur le [caf.fr](#))
- Montant maximum du devis : 900 €
- Montant maximum de l'aide : 750 €

Merci de compléter impérativement ce questionnaire**1. Quel(s) article(s) souhaitez-vous acheter ?****Veillez cocher la ou les case(s) correspondant à (aux) article(s) souhaité(s) et indiquer la quantité**

ÉLECTROMÉNAGER	
☐ Lave-linge	
☐ Lave-linge séchant	
☐ Sèche-linge	
☐ Lave-vaisselle	
☐ Réfrigérateur	
☐ Congélateur	
☐ Combiné	
☐ Aspirateur	
☐ Appareil de cuisson	
☐ Micro-ondes	

MOBILIER	
☐ Meuble de rangement	Quantité :
☐ Table	Quantité :
☐ Chaise	Quantité :
☐ Bureau	Quantité :

LITERIE DOUBLE	
☐ Lit	Quantité :
☐ Matelas	Quantité :
☐ Sommier	Quantité :
☐ Jeux de pieds	Quantité :
☐ Canapé convertible	Quantité :

LITERIE SIMPLE	
☐ Lit	Quantité :
☐ Lit superposé (enfant de plus de 6 ans)	Quantité :
☐ Matelas	Quantité :
☐ Sommier	Quantité :
☐ Jeux de pieds	Quantité :

INFORMATIQUE	
☐ Ordinateur	Quantité :
☐ Tablette	Quantité :
☐ Imprimante	Quantité :
☐ Scanner	Quantité :

Seuls les articles figurant sur la liste peuvent être financés.**2. Vous avez pris connaissance des conditions de remboursement de l'aide (voir règlement).**

- ☐ Je souhaite, en cas d'accord de l'aide, rembourser selon le barème du règlement soit 32 € par mois.
- ☐ Je souhaite, en cas d'accord de l'aide, rembourser plus rapidement que le barème du règlement.

Mensualités proposées : €

3. Une mesure de tutelle ou de curatelle vous concernant a-t-elle été prononcée ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, veuillez joindre l'accord du tuteur ou du curateur selon votre mesure de protection.

J'autorise la Caf de la Mayenne à verser le montant de l'aide accordée sur le compte bancaire du magasin.

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements mentionnés sur cette demande d'aide remboursable

Le

Nom et prénom :

Signature :