



DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE

EXCLUSIVEMENT A L'ADRESSE MAIL SUIVANTE : service-social@caf66.caf.fr

Aide d'urgence

Aide sur projet

Demande d'Aide exceptionnelle possible pour les familles relevant de l'offre de travail social Caf	
Evènements de l'offre	Délais d'intervention
<input type="checkbox"/> Séparation	Dans les 24 mois suivant l'évènement
<input type="checkbox"/> Décès d'un parent	Dans les 24 mois suivant l'évènement
<input type="checkbox"/> Arrivée d'un enfant	Dans les 12 mois suivant la naissance
<input type="checkbox"/> Enfant malade ou en situation de handicap	Dans les 12 mois suivant l'ouverture du droit à l'AAEH ou l'AJPP
<input type="checkbox"/> Décès d'un enfant à charge de moins de 25 ans, ou suite à naissance sans vie enregistrée à l'Etat civil	Dans les 12 mois suivant l'évènement ou 6 mois pour les familles perdant leur qualité d'allocataire
<input type="checkbox"/> Impayés de loyer (bénéficiaire de l'ALF)	Dans les 12 mois suivant le signalement de l'impayé à la Caf

1. Organisme instructeur

Service instructeur :

Nom et prénom du travailleur social :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

2. Situation de la famille

Identification du demandeur	
N° allocataire :	
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	

Situation familiale
<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)

Composition familiale			
Nom et Prénom	Parenté	Date de naissance	Activité

Situation professionnelle	
Conjoint 1	Conjoint 2
<input type="checkbox"/> Salarié(e)	<input type="checkbox"/> Salarié(e)
<input type="checkbox"/> Chômage	<input type="checkbox"/> Chômage
<input type="checkbox"/> Maladie/maternité	<input type="checkbox"/> Maladie/paternité
<input type="checkbox"/> Travailleur indépendant	<input type="checkbox"/> Travailleur indépendant
<input type="checkbox"/> Sans activité	<input type="checkbox"/> Sans activité
<input type="checkbox"/> Retraité(e)	<input type="checkbox"/> Retraité(e)
<input type="checkbox"/> Invalidité	<input type="checkbox"/> Invalidité

3. Budget mensuel

Ressources mensuelles		Charges mensuelles	
Revenus d'activités ou de substitution		Logement	
Salaire (après prélèvement impôts à la source)		Loyer net / Mensualité d'accession	
Allocation de chômage		Charges locatives (en cas de montant important, donner un complément d'information)	
Indemnités de stage/apprentissage		Eau	
Revenu ETI		EDF-GDF- Fuel / Bois	
IJ maladie / maternité		Téléphone / Internet	
Pension retraite / invalidité		Frais liés à l'enfant	
Rente accident du travail		Frais de garde (sans diminution des aides Paje)	
Autres :		Frais de cantine	
		Impôts et taxes	
		Taxe d'habitation et redevance TV	
Prestations familiales et sociales		Taxe foncière	
Allocation logement		Assurances	
Allocations familiales		Assurances habitation, scolaire	
Allocation soutien familial		Assurances automobile	
Complément familial		Mutuelle	
Paje : AB/CMG/PreParE		Pensions alimentaires versées	
AAH		Enfant	
AEEH/AJPP		Ex-conjoint	
RSA			
Prime d'activité			
Bourse scolaire			
Autres :			
Pensions alimentaires perçues			
Enfant			
Ex-conjoint			
Autres revenus			
(1) Total des ressources mensuelles		(2) Total des charges mensuelles	
		(3) Total ressources - Total charges	

Prêts ou dettes en cours (autres que mobilier)				
Nature	Montant mensuel	Date début	Date fin	Arriérés
Découvert				
(4) Total des remboursements mensuels				

La famille a-t-elle déposé un dossier de surendettement ? Oui Non
Si oui préciser la date :

(3 - 4) Revenu mensuel disponible

Autres charges mensuelles	
Nature	Montant

4. Évaluation globale de la situation

L'évaluation doit contenir les éléments suivants : origine de la demande, parcours professionnel, situation locative, situation socio-économique et présentation du plan d'aide :

5. Plan d'aide

Aide(s) sollicitée(s)			
AIDES EXCEPTIONNELLES SOLLICITEES			
	Montant demandés	Durée de remboursement demandés	Conditions
Subvention			
Prêt			Durée de remboursement maximum : 48 mois sauf pour prêt équipement Mensualités minimum 15€
Prêt équipement			Durée de remboursement maximum : 36 mois Mensualités minimum 15€ (Sauf si Qf inférieur à 250 ou surendettement : Subvention 500 €)

Pour une demande d'aide à l'équipement du logement, la famille a-t-elle effectué une demande FSL aide à l'acquisition de matériel de première nécessité ? : oui non
- Si oui, merci de joindre la notification de décision

Destinataire du paiement	
<input type="checkbox"/> Allocataire <input type="checkbox"/> Tiers	
Identification du tiers : nom ou organisme	N° SIRET

➤ **Pièces à joindre obligatoirement :**

1. **Factures en lien avec la demande d'aide**
2. **RIB si versement à un tiers**
3. **Pour les demandes liées à l'équipement fournir le devis des achats et la notification de décision du FSL (si les familles relèvent des critères du FSL).**

Signature du ou des demandeur(s)	
Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements qui précèdent et autorise les cas échéant, le versement de l'aide au tiers indiqué.	
Date et signature de l'instructeur	Date et signature de la famille