

## ANNEXE A JOINDRE A L'IMPRIME UNIQUE

# DEMANDE DE PRET EQUIPEMENT AUX FAMILLES AVEC INTERVENTION D'UN TRAVAILLEUR SOCIAL

19-105 / 04-2023

109 Boulevard Louis Blanc - 85932 La Roche sur Yon Cedex 9 - Tél. 3230 (prix d'un appel local) - www.caf.fr

Votre demande ne sera examinée qu'à la réception du dossier complet : imprimé de demande d'aide financière unique complétée et signée par le travailleur social, fiche de renseignements ci-dessous complétée et devis de l'article (ou des articles choisis).

Lors d'une demande dans le cadre d'un changement de situation familiale et/ou emménagement, celle-ci doit être attestée par une déclaration ou une pièce justificative auprès des services de la Caf (ex : demande d'Aide au Logement, déclaration changement de situation). Un rapprochement de données sera effectué par les services de la Caf.

NOM :  PRENOM :  ALLOCATAIRE N° :

NOM DU TRAVAILLEUR SOCIAL :

### MOTIF DE L'INTERVENTION DU TRAVAILLEUR SOCIAL

- Installation ou maintien dans un logement suite à un changement de situation familiale de moins de 6 mois
- 1ère installation ou sortie d'hébergement ou de meublé
- Surendettement en cours : plan conventionnel de redressement ou plan moratoire (demande possible uniquement pour les articles de 1ère nécessité)

NATURE DES ARTICLES SOLLICITES	COUT	PRIX PLAFOND	PRISE EN CHARGE CAF = PRET	RESTE A CHARGE FAMILLE = APPORT PERSONNEL
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
<b>MONTANT TOTAL DU DEVIS</b>	€	€	€	€

### AVIS DU TRAVAILLEUR SOCIAL

- Application de la réglementation** : 100 % du coût de l'article (ou des articles) dans la limite des prix plafonds : \_\_\_\_\_ €  
Modalités de remboursement (23 € minimum) : \_\_\_\_\_ €/mois
- Demande de dérogation** :
  - Montant du prêt sollicité : \_\_\_\_\_ €, reste à charge de la famille : \_\_\_\_\_ €
  - Modalités de remboursement : \_\_\_\_\_ €/ mois, à compter de \_\_\_\_\_ 20\_\_ (début remboursement minimum 2ème mois qui suit le paiement du prêt).
  - Montant du don (\*) sollicité : \_\_\_\_\_ €,

Date : le

Signature :

(\*) Toute demande de don, ou don + prêt, nécessite un examen en CAFI.

