

# CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DU TERRITOIRE DE BELFORT

Demande de prêt « EQUIPEMENT » ou prêt « AMELIORATION DU CADRE DE VIE »

**2026**



NOM, PRENOM DU DEMANDEUR .....

NOM, PRENOM DU CONJOINT .....

ADRESSE COMPLETE .....

N°allocataire  .....

Adresse mail .....

Quotient Familial inférieur ou égal à 950 €

Avez-vous déposé un dossier de surendettement auprès de la Banque de France ? ☐ OUI ☐ NON

Montant et Objet du prêt : **Matériel neuf ou d'occasion. Frais de livraison et installation inclus**

- 1700 € pour une installation dans un premier logement : ☐
- 1300 € pour un renouvellement d'appareils : ☐
- 1200 € pour l'amélioration du cadre de vie : ☐

Durée du remboursement souhaitée : .....  
(durée maximale 36 mois)

<b>ELECTRO-MENAGER</b>	LAVE-LINGE		<b>MOBILIER DE CUISINE CHAMBRE ET BUREAU</b>	TABLE		<b>AMELIORATION CADRE DE VIE</b>	
	SECHE-LINGE			CHAISES		<b>AIDE AUX LOCATAIRES</b>	
	LAVE-VAISSELLE			MEUBLES DE CUISINE		Peinture-Papier-peint ...	
	CUISINIERE			LIT OU ASSIMILE		Revêtement sol ...	
	REFRIGERATEUR CONGELATEUR*			LITERIE		Frais divers (plomberie...)	
	MICRO-ONDES			MEUBLES DE RANGEMENT		<b>AIDE AUX PROPRIETAIRES OCCUPANTS</b>	
	ASPIRATEUR			CANAPE/ CANAPE LIT*		Travaux sur partie communes**	
<b>MATERIEL INFORMATIQUE</b>	ORDINATEUR		<b>MATERIEL DE PUERICULTURE</b>	BUREAU		Travaux sur parties privatives**	
	IMPRIMANTE			CHAISE DE BUREAU			
	SCANNER			LIT BEBE		Poussette	
<b>Montant maximum 500 €/appareil ou meuble SAUF *</b> <b>Réfrigérateur/Congélateur/Canapé/Canapé-Lit → 650 €/Appareil ou meuble</b>				TABLE A LANGER		Siège auto	

**MONTANT TOTAL DU PRET :** ..... €. Un bonus de 100 € vous sera versé si le matériel électro-ménager est labellisé A ou B ou un indice de réparabilité de 6 à 10 ou le matériel est acheté auprès d'une association d'économie sociale et solidaire pour les appareils de seconde main.

Joindre impérativement un devis de votre fournisseur ou un bon de commande en ligne ou une **\*\*facture-Appel de Fonds**

## Modalités de versement du prêt :

☐ Je demande le versement du prêt sur mon compte bancaire (Après l'achat, **envoyer une copie de la facture acquittée à la Caisse d'allocations familiales**)

☐ Je demande le versement du prêt directement au fournisseur (magasin ou entreprise d'insertion locale)

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande et que les documents joints sont exacts. Je suis informé(e) que la Caf se réserve le droit de vérifier la conformité du matériel financé et sa présence à mon domicile. Le matériel financé ne pourra être ni vendu ni cédé avant remboursement intégral du prêt.

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.

Le :

Signature allocataire

Si vous bénéficiez d'une mesure de tutelle

Signature du délégué à la tutelle (Nom/prénom +Tampon)



## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Demande de prêt « EQUIPEMENT » ou prêt « AMELIORATION DU CADRE DE VIE »

2026



**A retourner avec la demande de prêt « EQUIPEMENT » ou « AMELIORATION DU CADRE DE VIE »**

N°Allocataire : \_\_\_\_\_

NOM, PRENOM DU DEMANDEUR : \_\_\_\_\_

NOM, PRENOM DU CONJOINT : \_\_\_\_\_

ADRESSE COMPLETE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je soussigné M.-Mme \_\_\_\_\_, atteste sur l'honneur  
que je souhaite acquérir le matériel décrit dans la demande ci-jointe

**Bonus pour des achats éco-responsables et respectueux de l'environnement de 100 € : ☐ Oui ☐ Non**

Je sais que cette attestation pourra être produite en justice et que toute fausse déclaration de ma part m'expose à  
des sanctions pénales

L'existence d'une fraude avérée aux prestations légales fera obstacle au versement des aides figurant au Guide des  
Aides Financières d'Action Sociale avant le remboursement total de la créance frauduleuse ;

Les incivilités commises par un allocataire pourront être sanctionnées d'une suspension des droits aux aides  
individuelles d'action sociale, immédiatement ou en cas de récidive suivant le niveau de gravité.

Fait pour servir et valoir ce que de droit

Le \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

**Signature Allocataire-Conjoint**

**Si vous bénéficiez d'une mesure de tutelle  
Signature du délégué à la tutelle (Nom/prénom +Tampon)**