

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Demande d'aide sociale

NOM et Prénom du demandeur :

NOM de jeune fille : Date de naissance :

Adresse (précise) :

Situation familiale : (barrer les mentions inutiles)

Célibataire – Marié(e) – Divorcé(e) – Séparé(e) – Veuf(ve) – Vie maritale

NOM et Prénom du conjoint(e) :

NOM de jeune fille : Date de naissance :

Si le(la) conjoint(e) est décédé(e), préciser la date du décès :

Personnes vivant au foyer

NOM et Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation familiale	Profession ou situation particulière

Personne ne vivant pas au foyer

NOM et Prénom	Date de naissance	Situation familiale	Profession	
			De l'enfant	De son conjoint

RESSOURCES MENSUELLES

	Montant perçu par		
	Demandeur	Conjoint ou concubin	Autres personnes résident au foyer
Salaire			
Bénéfices agricoles			
- Réels			
- Forfaits			
Artisans			
Commerçants			
Allocation chômage			
Indemnités journalières			
Allocations familiales			
Aide au logement			
Allocation parent isolé			
Allocation congé parental			
Rente accident de travail			
Rente ou pension d'invalidité			
Pension veuve de guerre			
Pension militaire			
Rente viagère			
Revenus locatifs			
Revenus immobiliers			
Allocations handicapés			
Allocations aide sociale			
Pension alimentaire versée par enfant			
Retraite + retraite complémentaire			
Autres ressources			

CHARGES

Logement

Si vous êtes PROPRIETAIRE Ou en ACCESSION à la PROPRIETE	Si vous êtes LOCATAIRE
(Par mois)	(Par mois)
- Remboursement de prêt :	- Loyer :
- Charges de copropriété :	- Charges locatives :

Quel est le montant de participation par mois aux frais de logement, si vous habitez :

- Chez des parents, des enfants ou autres personnes :
- En maison de retraite :
- En foyer/logement :

SANTÉ

- Avez-vous une maladie ou un handicap à signaler ?

OUI - NON

Si oui, laquelle ou lequel :

- Avez-vous à votre charge des enfants ou parents malades ou handicapés ?

OUI - NON

AUTRES CHARGES (Pars mois)

- Impôt sur le revenu :
- Taxe d'habitation :
- Taxe foncière :
- Chauffage :
- Eau, gaz, électricité :
- Téléphone :
- Crédit à la consommation :
- Autres charges régulières :

Charges exceptionnelles au cours des 12 derniers mois :

- Frais d'installation (déménagement, aménagement) :
- Frais d'amélioration du confort de votre logement :
- Frais consécutifs à un décès :

AIDES EXCEPTIONNELLES au cours des 12 derniers mois

	Motif	Montant	Date du versement
C.C.A.S			
CAFAL			
Fonds social d'une Caisse Sécurité Sociale			
Fonds social d'une Caisse de retraite complémentaire			
Caisse d'entraide ou mutuelle			
Aides d'autres organismes			

MOTIF DE LA DEMANDE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Certifié sincère et véritable

Date :

Signature :

La présente demande d'intervention doit être retournée dûment remplie et accompagnée de toutes les pièces justificatives :

- Ressources : Justificatifs des 3 derniers mois
- Charges : Justificatifs des 3 derniers mois
- Justificatif fiscal : Copie du dernier avertissement des impôts ou du certificat de non-opposition.

A l'adresse suivante :

Mairie de Lissieu – Centre Communal d'Action Sociale – 75 R.N 6 69380 LISSIEU