

# DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE

## CONFIDENTIEL



Vous justifiez d'une ancienneté continue dans la profession de 3 mois minimum. Vous allez formuler une demande d'aide exceptionnelle. Les renseignements demandés sont nécessaires pour permettre au Conseil d'Administration social de prendre une décision concernant votre demande.

Le traitement de votre demande nécessite un bilan approfondi de votre situation au regard des diverses aides qui peuvent vous être accordées sous diverses conditions (ressources, situation familiale, état de santé, nature de la demande, etc.).

### LE DEMANDEUR (ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES ET EN NOIR)

NOM de naissance \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

NOM d'usage \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Téléphone : Pers. \_\_\_\_\_ Prof. \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale \_\_\_\_\_

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

Précisez la date \_\_\_\_\_

Emploi exercé \_\_\_\_\_ Ancienneté dans la branche de la restauration rapide \_\_\_\_\_

### LE CONJOINT

Actif  Retraité  Pré-retraité  Autre (précisez) \_\_\_\_\_

NOM de naissance \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale \_\_\_\_\_

### AUTRES PERSONNES VIVANT À VOTRE DOMICILE

NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	PROFESSION OU AUTRE SITUATION

## LES CHARGES DE VOTRE FOYER

NATURE DES CHARGES	MONTANT MENSUEL
Loyer et charges locatives avant déduction des allocations au logement	
Charges de copropriété	
Taxe d'habitation (y compris redevance audiovisuelle)	
Taxe foncière	
Impôt sur le revenu	
Assurances (habitation, automobile ...)	
Électricité - Gaz - Chauffage	
Téléphone	
Eau	
Frais de scolarité	
Pensions alimentaires	
Cotisations Mutuelle ou Prévoyance (précisez le nom et l'adresse de l'organisme) :	
_____	
Autres (précisez) _____	
_____	

## DÉTAILS DES CRÉDITS (IMMOBILIER, CONSOMMATION ...)

ORGANISME	MOTIF	MONTANT PRÊT	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	MENSUALITÉ

Commission de surendettement saisie ?  OUI  NON Date

Plan conventionnel en cours ?  OUI  NON

## PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES RELATIVES À VOS CHARGES ET VOS CRÉDITS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## SALAIRES, RETRAITES ET AUTRES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

SALAIRES ET ASSIMILÉS	MONTANT MENSUEL PERÇU		
	DEMANDEUR	CONJOINT	AUTRE PERSONNE VIVANT AU DOMICILE
Salaires			
Allocations de chômage ou de préretraite			
Indemnités journalières de Sécurité sociale			
RETRAITE DE BASE	DÉTAILLEZ CI-DESSOUS		
RETRAITES COMPLÉMENTAIRES AGIRC, ARRCO, AUTRES... PRÉCISEZ LE NOM	DÉTAILLEZ CI-DESSOUS		
PRESTATIONS SOCIALES	DÉTAILLEZ CI-DESSOUS		
Allocations familiales			
Allocation logement (AL - APL)			
Prime d'activité			
RSA			
AAH - AEEH - PCH			
ACTP - APA			
Autres prestations (PAJE - ASF ...)			
AUTRES RESSOURCES	DÉTAILLEZ CI-DESSOUS		
Pension d'invalidité de Sécurité sociale <sup>1</sup>			
Pension d'invalidité complémentaire			
Rente accident du travail			
Revenus fonciers et/ou mobiliers			
Pensions alimentaires			
Autres (précisez)			

## AIDES EXCEPTIONNELLES SOLLICITÉES (AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS)

ORGANISME	EN COURS	REFUSÉES	ACCORDÉES		
			DATE	MOTIF DE L'AIDE	MONTANT
Centre communal d'Action sociale ou Mairie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Conseil Général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sécurité sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Institution de retraite complémentaire (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mutuelle ou prévoyance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Comité d'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Autres organismes (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

1. Si vous percevez une pension d'invalidité, précisez la catégorie :  cat. 1  cat. 2  cat. 3

## MOTIF DE VOTRE DEMANDE

Êtes vous accompagné par un travailleur social ?  OUI  NON

Précisez ses coordonnées :

Service \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

## DOCUMENTS À FOURNIR POUR TOUT DOSSIER

- OUI  NON Livret de famille ou carte nationale d'identité si vous êtes célibataire
- OUI  NON Dernier avis d'imposition de toutes les personnes de votre domicile (vos parents si vous vivez chez eux)
- OUI  NON Trois derniers bulletins de paie de toutes les personnes présentes au domicile (vous compris)
- OUI  NON Dernier justificatif des prestations familiales et de l'allocation logement versées par la CAF
- OUI  NON Relevés bancaires des trois derniers mois de toutes les personnes présentes au domicile ou justificatif de l'ensemble des charges des personnes vivant à votre domicile (vous compris)
- OUI  NON Devis des frais à engager et/ou des impayés
- OUI  NON Justificatifs des crédits en cours et/ou du dossier de surendettement fourni par la Banque de France

## DOCUMENTS À FOURNIR SELON LA SITUATION

Si vous ou un membre de votre foyer êtes en arrêt maladie :

- OUI  NON Date de début et de fin d'arrêt maladie.
- OUI  NON Attestation et/ou décomptes des indemnités journalières de la Sécurité Sociale perçues en cours d'année et au cours des trois derniers mois de l'année en cours et copie des trois derniers bulletins de salaire

Si un membre de votre foyer est au chômage :

- OUI  NON Attestation de paiement établie par le Pôle Emploi
- OUI  NON Bulletin de salaire avec le solde de tout compte du dernier employeur de la personne au chômage

Si vous poursuivez des études; le certificat de scolarité et justificatifs en lien avec le versement d'une bourse d'études.

Si vous versez ou percevez une pension alimentaire, le justificatif des pensions alimentaires perçues ou versées.

Si vous avez bénéficié d'autres aides financières, merci de fournir les notifications d'accords et/ou de refus communiquées par d'autres organismes (FSL, LOCA-PASS, Sécurité sociale, CCAS, CROUS...):

- OUI  NON Tout autre justificatif en lien avec votre demande

Merci de bien vouloir nous retourner ce dossier ainsi que l'ensemble des justificatifs demandés à l'une des adresses suivantes :

Par mail : [fas-rr@klesia.fr](mailto:fas-rr@klesia.fr)

en mettant en objet de votre mail votre nom et de votre prénom suivi de / Aide exceptionnelle (exemple: DURAND Martin / Aide exceptionnelle)  
Par courrier : KLESIA - ACTION SOCIALE FAS-RR - 1-13, rue Denise Buisson - 93554 MONTREUIL CEDEX

Merci de ne pas agraffer vos justificatifs et de déposer un seul dossier par an et par famille

**J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans ce dossier sont exacts et ne pas disposer d'autres ressources financières me permettant de faire face à mes difficultés.**

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Née \_\_\_\_\_