

DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE

CONFIDENTIEL



Vous allez formuler une demande d'aide exceptionnelle. Les renseignements demandés sont nécessaires pour permettre 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 ¹			
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

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 pasagrafer 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 : _____

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au Règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations transmises via ce formulaire sont destinées au GIE KLESIA ADP en sa qualité de responsable du traitement et pourront être transmises au GIE KLESIA. Vos données sont collectées pour la gestion administrative de votre dossier dans le cadre de notre relation contractuelle. Nous utilisons également vos données en vue de respecter nos obligations légales et réglementaires, en particulier afin de lutter contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et contre la fraude à l'assurance. Les données sont conservées durant toute la durée de l'exécution de votre contrat, puis jusqu'aux termes des délais de prescription légaux. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, le retrait du consentement au traitement de vos données personnelles, nous indiquer les directives quant à l'utilisation de vos données après votre décès, ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant à info.cnil@klesia.fr ou à KLESIA - Service INFO CNIL CS 30027, 93108 Montreuil cedex. Veuillez noter, toutefois, que certaines données peuvent être exclues de ces demandes dans certaines circonstances, notamment si nous devons continuer à traiter vos données pour servir nos intérêts légitimes ou respecter une obligation légale. Afin de nous permettre de confirmer votre identité en cas de doute, un justificatif d'identité pourra vous être demandé. Nous conserverons une copie de votre pièce d'identité pendant une durée maximale d'un an. KLESIA prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément à la réglementation en vigueur. Vous pouvez saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.