****

**DOSSIER « D’AIDE SOCIALE »**



**A renvoyer** : UDSP66 1 rue du lieutenant gourbault - BP 69003 – 66963 PERPIGNAN CEDEX

**Email:** udsp66@gmail.com

**Adhérent : Nom – Prénom :**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE LA FAMILLE** |
|  Père  Mère  Responsable Légal NOM ET PRENOM :\_ \_DATE ET LIEU DE NAISSANCE :\_ \_ |  Père  Mère  Responsable Légal NOM ET PRENOM :\_ \_DATE ET LIEU DE NAISSANCE :\_ \_ |
| ADRESSE DU DOMICILE : | ADRESSE DU DOMICILE : |  |
|  |  |  |
| TPH : PROFESSION :  | TPH : PROFESSION :  |
| **SITUATION DE FAMILLE : MARIE(E)** **DIVORCE(E)** **VEUF(VE)** **VIE MARITALE** **PACS** |
| **STATUT :**  **VOLONTAIRE**  **PROFESSIONNEL**  **VETERANT**  **PATS****PERSONNEL CIVIL :**  **UDSP**  **URSP** **AMICALE D’APPARTENANCE :** **CENTRE D’AFFECTATION :** **DATE D’ENGAGEMENT : / / GRADE :** **\_** |

|  |
| --- |
| **ENFANTS VIVANT AU FOYER** |
| **Nom – Prénom** | **Date de Naissance** | **Classe ou formation suivie** | **Emploi occupé / chômage** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **AIDES RECUES OU À VENIR** | **MONTANT** |
| DE L’AMICALE DU CENTRE (si refus, préciser) |  |
| DE L’UNION DEPARTEMENTALE (si refus,préciser) |  |
| DE LA COMMUNE |  |
| DE L’ASSURANCE DE L’U.D.S.P. |  |
| CAPITAL INVALIDITE |  |
| D’UNE ASSURANCE VIE |  |
| INDEMNITES JOURNALIERES |  |
| CAPITAL DECES (préciser l’organisme) |  |
| CAPITAL DECES (EMPLOYEUR) |  |
| AUTRES AIDES FINANCIERES |  |

|  |
| --- |
| **BUDGET** |
| **RESSOURCES MENSUELLES** | **CHARGES MENSUELLES** |
|  | **MADAME** | **MONSIEUR** | **ENFANTS** | **AUTRES**Personne vivant au foyer | **loyer** |  |
| Salaire |  |  |  |  | Charges |  |
| Pension rentes ou retraite |  |  |  |  | Accession à la propriété |  |
| Allocation veuvage |  |  |  |  | EDF/GDF |  |
| Pension invalidité AAH |  |  |  |  | Autre mode de chauffage |  |
| Indemnisation chômage |  |  |  |  | Eau |  |
| Indemnités journalières maladie |  |  |  |  | Mutuelle |  |
| Prestations familiales CAF |  |  |  |  | Assurances |  |
| RMI/ Allocation de parent isolé |  |  |  |  | Pension alimentaire versée |  |
| Complément de libre choix d’activité |  |  |  |  | Frais transports |  |
| Allocation logement APL/AL |  |  |  |  | Impôts locaux Taxe d’habitation taxe foncière |  |
| Pension alimentaire reçue |  |  |  |  | Impôts revenus |  |
| Bourses scolaires |  |  |  |  | Frais de garde et de scolarité |  |
| Revenus du capital ou autres |  |  |  |  | Télécom |  |
| Salaire contrat apprentissage |  |  |  |  | cantine |  |

|  |
| --- |
| **TOTAUX** |
| **Total Ressources** |  |
| **Total Charges** |  |

La commission de surendettement a t’elle été saisie ? OUI 

|  |  |
| --- | --- |
| Crédits |  |
| Autres charges |  |

NON 

Si OUI, indiquez le remboursement mensuel :

Si NON, envisagez-vous d’en faire la demande ? OUI  NON 

M. , soussigné(e), agissant en qualité de responsable de la famille, certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements figurant sur le présent dossier et m’engage à fournir toutes pièces justificatives qui

me seraient demandées et à signaler immédiatement tout changement intervenant dans ma situation.

A le \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **Signature Adhérent**

**AVIS MOTIVE**

**Du Président de l’Amicale de Sapeurs Pompiers :**

Cachet : fait à : le / /20

*Le Président*

**Du Délégué Départemental de l’Action Sociale :**

Cachet : fait à : le / /200

*Le Délégué*

**Avis de la commission sociale**

Cachet : fait à : le / /20

PIECES A FOURNIR

* Lettre motivée de la demande. Description des faits.
* Avis d’imposition sur les revenus ou de non imposition
* 3 derniers bulletins de salaire des personnes du foyer
* Justificatifs des ressources (Pôle Emploi, CAF, ….)
* Factures impayées
* Tableau de remboursement des emprunts/crédits
* Relevé bancaire ou solde de compte
* Pension alimentaire reçue ou versée
* Justificatifs de charges (EDF, Eau, Téléphonie)