

CMCAS / TERRITOIRE :

SLVIE :

IMPRIMÉ DE DEMANDE D'AIDE À L'AUTONOMIE DES JEUNES

1/ DEMANDEUR

NOM : Prénom :

Date de naissance :

N.I.A. :

Adresse :

Code Postal : Ville : Tél. :

Vous êtes CÉLIBATAIRE Vous êtes MARIÉ.E Vous êtes DIVORCÉ.E

Vous êtes SÉPARÉ.E Vous êtes VEUF.VE Vous êtes concubin.e ou partenaire d'un PACS

2/ AYANT DROIT

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Adresse (à préciser si différente de l'ouvrant droit).....

Code Postal : Ville : Tél. :

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de :

l'allocation mensuelle (montant calculé selon le coefficient social de mon dernier avis d'imposition)

2/ DOCUMENTS À FOURNIR

- Dernier avis d'imposition
- **Et** selon la situation de l'ayant droit :
 - o Certificat de scolarité
 - o Contrat d'apprentissage ou contrat de qualification
 - o Attestation d'inscription à Pôle Emploi
 - o Attestation du non-paiement de l'allocation chômage

Je souhaite que cette prestation soit versée sur le compte de mon ayant droit :

OUI NON

Si OUI, je complète l'imprimé de demande d'autorisation de payer des prestations à un tiers et je joins un IBAN BIC (RIP, RIP, RICE).

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.

Fait à : Le :/...../.....

Signature du demandeur :

3/ CADRÉ RÉSERVÉ À LA CMCAS

COEFFICIENT SOCIAL :

TAUX de PARTICIPATION (de 10% à 90%) :

Allocation mensuelle, participation du fonds d'action sanitaire et sociale :

À COMPTER DU :

JUSQU'AU :

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS. Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :
CCAS – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX.
Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.