



CONSEIL DEPARTEMENTAL DU FINISTERE

DIRECTION DE L'INSERTION ET DE LA LUTTE CONTRE
LES EXCLUSIONS

DEMANDE D'OUVERTURE D'UNE MESURE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL PERSONNALISE AVEC GESTION

Demande effectuée le :
Par : (Nom - Prénom – Fonction)
Coordonnées Téléphone et courriel :
Organisme :

	Demandeur de la mesure	Conjoint
Nom – Prénom		
Date et lieu de naissance		
Adresse		
Numéro de téléphone		
Numéro CAF		
Numéro Sécurité sociale		
Situation familiale		

Enfants au foyer	Date de naissance	Lieu de naissance

Prestations éligibles

(* si non versées à un tiers)

- Revenu de solidarité active (RSA)
- Allocation aux adultes handicapés (AAH)
- Prestation de compensation du handicap * (PCH)
- Allocation personnalisée d'autonomie * (APA)
- Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)
- Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)
- Aide personnalisée au logement * (APL)
- Allocation de logement sociale * (ALS)

BUDGET DU DEMANDEUR

Ressources mensuelles :	Demandeur	Conjoint	Autre
Prestations sociales éligibles à la MASP (à préciser)			
Autres ressources (à préciser)			
TOTAL			

Charges mensuelles :	Montant :	Prêts / Crédits / Dettes :	Montant mensuel :	Date de fin :
Loyer net :				
Charges locatives :		Prêts immobiliers :		
Chauffage :				
Electricité :				
Gaz :		Crédits à la consommation :		
Eau :				
Téléphone :				
Assurance habitation :		Dettes nature et plan d'apurement :	Solde dû	Date de fin (échancier)
Impôts sur le revenu :				
Impôts liés à l'habitation :				
Mutuelle :				
Assurance voiture :				
Cantine :				
Frais de scolarité :				
Frais de transports :				
Autres :				
TOTAL		Dossier surendettement :	En cours <input type="checkbox"/>	Antérieur <input type="checkbox"/>

ETAT DES LIEUX ET BILAN SYNTHETIQUE DES PRECEDENTES INTERVENTIONS SOCIALES (accompagnement social, Aide éducative au budget (AEB), Accompagnement social lié au logement (ASLL) ...)

PRESENTATION DE LA SITUATION SOCIALE ET BUDGETAIRE DU DEMANDEUR (Expliquer en quoi « la santé ou la sécurité de la personne sont menacées par les difficultés que la personne éprouve à gérer ses ressources » - art. 271.1 (CASF))

ATTENTES DU DEMANDEUR VIS-A-VIS D'UNE MESURE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL PERSONNALISE :

Date :

Signature du demandeur

Date :

Signature du travailleur social

A transmettre à la Cellule orientation et accompagnement social (MASP)

**Conseil départemental du Finistère
Direction de l'insertion et de la lutte contre les exclusions
32 boulevard Duplex
29 196 Quimper Cedex
Tél : 02.98.76.23.85 ou courriel : joelle.queguen@finistere.fr**