Contrats éligibles à l'aide à l'accompagnement du FUA

☐ Accompagnement social et/ou médico-social
☐ Contrat RSA (CER ou CERIS)
☐ Accompagnement global
☐ Contrat partenaire
☐ Accompagnement éducatif budgétaire formalisé
☐ PPE
☐ MASP

Date de début de contrat : __ / __ / ____
Date de fin de contrat : __ / __ / ____
Date de validation du contrat : __ / __ / ____

OBJECTIF / ACTION inscrit(e) au contrat en lien avec la demande

EXPOSE DE LA SITUATION

Intervention proposée :

Aide financière versée :
A la personne par : ☐ Régie / ☐ Virement / ☐ Lettre-chèque
A un tiers par : ☐ Régie / ☐ Virement

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes et de fausses déclarations (article L.262-50 à L262-53 du Code de l'Action Sociale et des Familles ; Article 441-1 et suivants du Code Pénal). Le Département vérifie l'exactitude des déclarations.

Signature du professionnel à l'origine de la demande d'aide	**Signature du demandeur**

CD29-DAECG / ST _ Version 12-2017

IMPRIME UNIQUE

☐ **DEMANDE D'AIDES FINANCIERES**
☐ **MESURE ASLL**

Date de réception : __ / __ / ____

Date de la demande : __ / __ / ____

N°de dossier AST __ / __ /__ / __ /__ / __ /
N°de dossier TAS __ / __ /__ / __ /__ / __ /

DISPOSITIFS SOLLICITES	*Nature de la demande*	*Nature d'aide*	*Montant sollicité*
☐ **FUA** (fonds unique d'aide)	☐ **Urgence**	☐ Alimentaire/hygiène 1ère nécessité	
		☐ Chauffage urgent	
	☐ **Dérogatoire**	☐ Transport urgent	
	☐ **Ponctuelle**	☐ Aide à la personne	
		☐ Cantine	
	☐ **Dérogatoire**	☐ Centre de loisirs/mode de garde	
	☐ **Accompagnement**	☐ Emploi/formation	
		☐ Frais d'obsèques	
	☐ **Dérogatoire**	☐ Mobilité	
☐ **Fonds ville (Brest / Quimper)**		☐ Santé	
		☐ Scolarité/études	
☐ **AJ29** (avenir jeunes 29)	☐ **Aide ponctuelle**	☐ Sport/loisirs/culture	
	☐ **Allocation Permis de conduire**	☐ Vie quotidienne	
	☐ **Allocation Projet Jeune**	☐ Logement (AJ29 uniquement)	
☐ **FPSS** (fonds public en situation spécifique)		☐ Subsistance	
		☐ Aides ponctuelles	
		☐ Aide à l'enfant	
☐ **Allocation d'aide à l'enfant**		☐ Accueil enfants/parents séparés	
		☐ Activités de loisirs/vacances	
		☐ Action éducative spécifique	
		☐ Aide à la personne	
		☐ Equipement/mobilier	
		☐ Frais d'hygiène/habillement	
		☐ Mode de garde	
		☐ Santé	
		☐ Scolarité/études	
		☐ Transport	
☐ **FSL** (fonds solidarité logement) ☐ Accès / ☐ Maintien et/ou ☐ A.S.L.L / ☐ Impayés eau / ☐ Impayés énergies / ☐ AMC			
☐ **Micro-crédit** ☐ **Aides à l'habitat** ☐ **AMEE** ☐ **Autre : préciser >**			
		TOTAL MONTANT SOLLICITE	

DEMANDEUR : N°CAF/MSA :
__ / __ /__ / __ /__ / __ /__ / __ /__ / __ /__ / __ /__ /
☐ M / ☐ Mme NOM :
Prénom :
Date de naissance : __ / __ / ____
☐ Adresse / ☐ Domiciliation

Code postal _____ Ville :

N°de fixe : _____ N°de portable : _____
Courriel :

PROFESSIONNEL A L'ORIGINE DE LA DEMANDE D'AIDE :
☐ M / ☐ Mme NOM :
Prénom :
Fonction :
Service :

Code postal _____ Ville :

N°de fixe : _____ N°de portable : _____
Courriel :

COMPOSITION DU FOYER

NOM et Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Au foyer / hors foyer	Activité professionnelle, scolarité, étude

BUDGET DU FOYER (cocher la case correspondante si le justificatif est présenté)

RESSOURCES MENSUELLES / MOYENNE TRIMESTRIELLE (selon l'aide)	Demandeur		Conjoint		Autres	
Salaire	☐		☐		☐	
Autre revenu d'activité	☐		☐		☐	
Indemnités de chômage	☐		☐		☐	
Indemnités journalières (IJ)	☐		☐		☐	
Allocation adulte handicapé (AAH)	☐		☐		☐	
Pension d'invalidité	☐		☐		☐	
Pension vieillesse y compris allocation supplémentaire	☐		☐		☐	
Pension alimentaire	☐		☐		☐	
Complémt libre choix d'activité (CLCA)	☐		☐		☐	
Prestation accueil jeune enfant (PAJE)	☐		☐		☐	
Allocation de soutien familial (ASF)	☐		☐		☐	
Allocations familiales	☐		☐		☐	
Complément familial	☐		☐		☐	
Prime d'activité	☐		☐		☐	
Revenu de solidarité active (RSA)	☐		☐		☐	
Autres ressources : préciser >	☐		☐		☐	
SOUS-TOTAL						
Aide au logement	☐		☐		☐	
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	☐		☐		☐	
Prestation compensatoire	☐		☐		☐	
Autres ressources : préciser >	☐		☐		☐	
SOUS-TOTAL						
TOTAL						

Les informations recueillies dans ce contrat font l'objet d'une saisie informatique ; la loi du 6 janvier 1978, vous autorise un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant. Ce droit s'exerce auprès de la Présidente du Conseil départemental du Finistère.

Des croisements de données/informations avec les services de Pôle emploi, de la Caisse d'allocations familiales, avec des organismes payeurs, des structures de l'action sociale, de l'insertion et de la lutte contre les exclusions peuvent être également organisés, notamment dans le cadre du RSA.

CHARGES MENSUALISEES

	NATURE DE VOS CHARGES (cocher la case correspondante si le justificatif est présenté)		Montant des charges à régler ce mois	Date d'échéance	Montant dettes ou montant dû
CHARGES COURANTES	☐	Loyer plein			
	☐	Mensualité d'accession à la propriété			
	☐	Charges de propriété et de copropriété			
	☐	Chauffage			
	☐	Electricité : Fournisseur >			
	☐	Gaz : Fournisseur >			
	☐	Eau			
	☐	Assurance habitation			
	☐	TV / Téléphone / Internet			
	☐	Téléphone portable			
	☐	Apurement dettes : préciser >			
	☐	Autres : préciser >			
	☐	Mutuelle			
	☐	Frais médicaux			
ENFANT	☐	Frais de garde			
	☐	Assurance scolaire			
	☐	Frais de scolarité			
	☐	Frais de cantine			
	☐	Transport scolaire			
TRANSPORT	☐	Assurance voiture			
	☐	Crédit voiture			
	☐	Frais de véhicule : ☐ CT / ☐ Réparation			
	☐	Frais de transport			
IMPOTS & TAXES	☐	Impôt sur le revenu			
	☐	Impôt locaux			
	☐	Impôts fonciers			
	☐	Amendes			
AUTRES	☐	Frais bancaires			
	☐	Saisie sur salaire			
	☐	Pension alimentaire versée			
	☐	Indu : préciser >			
	☐	Frais de formation			
	☐	Autre type d'assurance			
	☐	Autres : préciser >			
SOUS-TOTAL				Date de début de prêt	Date de fin de prêt / Restant dû
CREDITS	☐	Crédits divers (à la consommation…)			
	☐	Mensualité du dossier de surendettement			
	☐	Prêt CAF			
	☐	Prêt FSL			
TOTAL				**RESTE A VIVRE**	
Avez-vous un découvert bancaire ? ☐ OUI / ☐ NON			Montant autorisé ⇨		Montant atteint ⇨

Plan de financement

Organisme(s) sollicité(s)	Montant(s) sollicité(s)	Montant(s) accordé(s)

DONNEES COMPLEMENTAIRES

1-Statut du demandeur
☐ Propriétaire
☐ Locataire
☐ Hébergé par un tiers
☐ Autre

2-Type de logement
☐ Maison ☐ Appartement ☐ Caravane
☐ Parc public ☐ Parc privé
☐ En foyer ☐ Autre

3-Chauffage
☐ Individuel ☐ Collectif

4-Dossier de surendettement
☐ OUI ☐ NON
☐ En cours de constitution
Date de dépôt : __ / __ / ____
Date du PCR (plan conventionnel de redressement) ou PRP : __ / __ / ____

5-Mesure de protection / / judiciaire / MASP ☐ OUI / ☐ NON

Organisme :	
Nature :	
Durée :	