

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 ↗ (ne pas compléter pour les aides d'urgence)

Justificatifs : Pièce d'identité / Justificatif de domicile de -3 mois

Intervention proposée : Aide financière versée

A la personne : CAP / En cas de carte de débit : Zone blanche Paiement dans les 48h
 Carte de débit remise / carte de débit expédiée

A un tiers par : En cas de virement, n° du Tiers : _____

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

J'accepte que les données complétées dans ce formulaire fassent l'objet d'un traitement informatique pour mettre en place les réponses adaptées à ma situation sociale

J'accepte que les éléments d'identité, de domiciliation et les caractéristiques de l'aide qui me sera accordée soient exploitées informatiquement pour en permettre le paiement.

En cas de refus, je suis informé.e que l'aide ne pourra pas m'être accordée

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

Signature du demandeur

DEMANDE D'AIDES FINANCIERES
 MESURE ASLL

Date de réception : ____/____/____

N°de dossier AST ____/____/____/____/____/____
 N°de dossier TAS ____/____/____/____/____/____

Date de la demande : ____/____/____

DISPOSITIFS SOLLICITES	Nature de la demande	Nature d'aide	Montant sollicité		
			CAP	Carte débit	Tiers
<input type="checkbox"/> FUA (Fonds Unique d'Aide)	<input type="checkbox"/> Urgence	<input type="checkbox"/> Alimentaire/hygiène 1 ^{ère} nécessité			
	<input type="checkbox"/> Dérogatoire	<input type="checkbox"/> (jusqu'au 31/12/19 –après FSL)			
	<input type="checkbox"/> Ponctuelle	<input type="checkbox"/> Transport urgent			
	<input type="checkbox"/> Dérogatoire	<input type="checkbox"/> Aide à la personne			
	<input type="checkbox"/> Accompagnement	<input type="checkbox"/> Cantine			
<input type="checkbox"/> Fonds ville (Brest/Quimper)	<input type="checkbox"/> Dérogatoire	<input type="checkbox"/> Centre de loisirs/mode de garde			
	<input type="checkbox"/> Accompagnement	<input type="checkbox"/> Emploi/formation			
<input type="checkbox"/> AJ29 (avenir jeunes 29)	<input type="checkbox"/> Aide ponctuelle	<input type="checkbox"/> Frais d'obsèques			
	<input type="checkbox"/> Allocation Permis de conduire	<input type="checkbox"/> Mobilité			
<input type="checkbox"/> FPSS (fonds public en situation spécifique)	<input type="checkbox"/> Allocation Projet Jeune	<input type="checkbox"/> Santé			
		<input type="checkbox"/> Scolarité/études			
<input type="checkbox"/> Allocation d'aide à l'enfant	<input type="checkbox"/> Accueil enfants/parents séparés	<input type="checkbox"/> Sport/loisirs/culture			
	<input type="checkbox"/> Activités de loisirs/vacances	<input type="checkbox"/> Vie quotidienne			
	<input type="checkbox"/> Action éducative spécifique	<input type="checkbox"/> Logement (AJ29 uniquement)			
	<input type="checkbox"/> Aide à la personne	<input type="checkbox"/> Subsistance			
		<input type="checkbox"/> Aides ponctuelles			
<input type="checkbox"/> FSL (fonds solidarité logement) : <input type="checkbox"/> ASLL	<input type="checkbox"/> Urgence → Préciser la nature : <input type="checkbox"/> Chauffage urgent	<input type="checkbox"/> Aide à l'enfant			
	<input type="checkbox"/> Achat réfrigérateur/ gazinière				
	<input type="checkbox"/> Déménagement meubles avant expulsion				
	<input type="checkbox"/> Entrée dans parc privé pas possible sans FSL				
	<input type="checkbox"/> Accès au logement : <input type="checkbox"/> prêt <input type="checkbox"/> subvention				
<input type="checkbox"/> Prévention des expulsions : <input type="checkbox"/> prêt <input type="checkbox"/> subvention					
<input type="checkbox"/> Mieux vivre dans son logement : <input type="checkbox"/> Impayés eau / <input type="checkbox"/> Impayés énergies / <input type="checkbox"/> AMEE /					
<input type="checkbox"/> Aide sanitaire / <input type="checkbox"/> Achat de caravanes					
<input type="checkbox"/> Aide à l'embellissement de son habitation					

Micro-crédit Autre : préciser >

Vérification de l'éligibilité aux dispositifs sollicités

TOTAL MONTANT SOLLICITE

DEMANDEUR : N°CAF/MSA : ↗
 ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

M / Mme NOM :
 Prénom :
 Date de naissance : ____/____/____

Adresse / Domiciliation
 Code postal : _____ Ville : _____

N°de tel : _____
 Courriel : _____

PROFESSIONNEL A L'ORIGINE DE LA DEMANDE D'AIDE :
 M / Mme NOM :
 Prénom :
 Fonction :
 Service :
 Code postal : _____ Ville : _____

N°de tel : _____
 Courriel : _____

COMPOSITION DU FOYER

NOM et Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Au foyer / hors foyer	Activité professionnelle, scolarité, étude
Si autres, préciser dans l'exposé social				

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

Les informations recueillies par le biais de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique visant à mieux vous accompagner socialement, à permettre l'instruction et le paiement d'aides financières et observer de manière anonyme la situation de la population finistérienne.

Les destinataires de ces données sont les services du Département du Finistère compétents par leurs missions à vous accompagner, traiter et contrôler votre dossier, des partenaires conventionnés pour vous accompagner et prestataires sous contrat avec le Conseil départemental du Finistère pour vous accompagner ou traiter votre demande, ainsi que des services de l'Etat compétents.

Selon la nature de votre accompagnement et la nature de vos demandes, la durée de conservation des informations à caractère social est de 2 ans après la fin de l'accompagnement ou du versement de l'aide et pour les données relatives à la liquidation d'une aide financière, les informations seront conservées 10 ans après le paiement de l'aide financière.

La responsable du traitement est Madame La Présidente du Conseil départemental.

Conformément à la loi "informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée, et au Règlement général sur la protection des données" (RGPD) vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et de limitation des informations qui vous concernent. Les demandes d'exercice du droit d'accès, rectification, opposition et suppression peuvent être formulées, en justifiant de votre identité,

- Soit par écrit :
 Département du Finistère
 A l'attention de la Déléguée à la protection des données
 32 boulevard Duplex, CS 29029- 29196 QUIMPER Cedex.
 Téléphone : 02.98.76.20.20

- Soit par courriel : donneespersonnelles@finistere.fr

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) 3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex ou sur www.cnil.fr

CHARGES MENSUALISEES

NATURE DE VOS CHARGES (cocher la case correspondante si le justificatif est présenté) ne pas compléter pour les aides d'urgence		Montant des charges à régler ce mois	Date d'échéance	Montant dettes ou montant dû	
CHARGES COURANTES	<input type="checkbox"/> Loyer plein				
	<input type="checkbox"/> Mensualité d'accession à la propriété				
	<input type="checkbox"/> Charges de propriété et de copropriété				
	<input type="checkbox"/> Chauffage				
	<input type="checkbox"/> Electricité : Fournisseur >				
	<input type="checkbox"/> Gaz : Fournisseur >				
	<input type="checkbox"/> Eau				
	<input type="checkbox"/> Assurance habitation				
	<input type="checkbox"/> TV / Téléphone / Internet				
	<input type="checkbox"/> Téléphone portable				
☞	<input type="checkbox"/> Apurement dettes : préciser >				
	<input type="checkbox"/> Autres : préciser >				
ENFANT	<input type="checkbox"/> Mutuelle				
	<input type="checkbox"/> Frais médicaux				
	<input type="checkbox"/> Frais de garde				
	<input type="checkbox"/> Assurance scolaire				
TRANSPORT	<input type="checkbox"/> Frais de scolarité				
	<input type="checkbox"/> Frais de cantine				
	<input type="checkbox"/> Transport scolaire				
	<input type="checkbox"/> Assurance voiture				
AUTRES	<input type="checkbox"/> Crédit voiture				
	<input type="checkbox"/> Frais de véhicule				
	<input type="checkbox"/> Frais de transport				
	<input type="checkbox"/> Impôt locaux				
	<input type="checkbox"/> Impôts fonciers				
	<input type="checkbox"/> Impôts sur les revenus				
	<input type="checkbox"/> Amendes				
	<input type="checkbox"/> Frais bancaires				
	<input type="checkbox"/> Saisie sur salaire				
	<input type="checkbox"/> Pension alimentaire versée				
	<input type="checkbox"/> Indu : préciser >				
	<input type="checkbox"/> Frais de formation				
<input type="checkbox"/> Autre type d'assurance					
<input type="checkbox"/> Autres : préciser >					
SOUS-TOTAL			Date début de prêt	Date fin de prêt	Restant dû
<input type="checkbox"/> Crédits divers (à la consommation...)					
<input type="checkbox"/> Mensualité du dossier de surendettement					
<input type="checkbox"/> Prêt CAF					
<input type="checkbox"/> Prêt FSL					
TOTAL			Reste à vivre		
🏠	Avez-vous un découvert bancaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Hébergé par un tiers <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Autre	2-Type de logement : <input type="checkbox"/> Parc Public <input type="checkbox"/> Parc Privé <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Caravane <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Autre	3-Chauffage : <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Collectif
4-Dossier de surendettement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> En cours de constitution Date de dépôt : ____ / ____ / ____ Date du PCR (plan conventionnel de redressement) ou PRP : ____ / ____ / ____	5- Mesure de protection / judiciaire / MASP : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Organisme : Nature : Durée :	

