



**IMPRIMÉ DE DEMANDE D'AIDE
A L'AUTONOMIE DES JEUNES
Année scolaire 2017 / 2018**

1/ DEMANDEUR

NOM : Prénom :

Date de naissance :

N.I.A. :

Adresse :

Code Postal : Ville : N° Tél. :

Adresse mail : @

Vous êtes CELIBATAIRE Vous êtes MARIE (E) Vous êtes DIVORCE (E)

Vous êtes SEPARE (E) Vous êtes VEUF (VE) Vous êtes partenaire d'un PACS ou Concubin

2) AYANT DROIT (un imprimé pour chaque enfant)

NOM : Prénom :

Date de naissance :

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

Code Postal : Ville : N° Tél. :

→ Sous réserves 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)
- l'allocation forfaitaire** de 100 euros par an pour participation aux frais de cotisations de sécurité sociale étudiante,

2/ DOCUMENTS A FOURNIR

- Dernier Avis d'imposition : soit l'avis 2017 sur les revenus 2016

ET (selon la situation de l'ayant droit) :

- Certificat de scolarité,
- Contrat d'apprentissage ou contrat de qualification,
- Attestation d'inscription à Pôle Emploi,
- Attestation du non-paiement de l'allocation chômage,
- Attestation de **paiement** de l'adhésion à la sécurité sociale étudiante,
- Notification d'attribution de bourse,
- Attestation de versement du RSA (18->24 ans)

⇒ Votre **RIB** (si vous en avez changé récemment)

→ 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 (ci-joint) de payer des prestations à un tiers et je joins un IBAN BIC (RIB, RIP, RICE).

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

Fait à : le :/...../20

Signature du demandeur :

3/ CADRE RESERVE A LA CMCAS :

COEFFICIENT SOCIAL :

% de PARTICIPATION (de 10% à 90%) : %

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

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

A 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.

A RETOURNER A :

CCAS TERRITOIRE BRETAGNE A.S.S. 8 Rue du Bignon - CS 66913 - 35069 RENNES CEDEX

☎ 02 99 26 03 40

mail : ccas-bzh.ass@asmeg.org