

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de l'aide à l'autonomie des jeunes

## 1 Demandeur

Madame  Monsieur  Nom de naissance : .....

Nom d'époux ou d'épouse (s'il y a lieu) : .....

Prénom : .....

NIA :

Numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Courriel : .....@.....

Adresse : .....

Code postal :  Commune : .....

## 2 Enfant ayant-droit

Nom (de naissance) : ..... Prénom : .....

Date de naissance

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

Code postal :  Commune : ..... Tél :

## 3 Documents à fournir

- Dernier avis d'imposition : **avis 2020 sur les revenus 2019** (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- Relevé d'identité bancaire
- Copie du contrat de travail pour les agents en CDD (quel que soit le contrat)

ET selon la situation de l'ayant-droit :

- Certificat de scolarité 2020/2021
- Contrat d'apprentissage ou contrat de qualification
- Attestation d'inscription à Pôle emploi
- Attestation du non-paiement de l'allocation chômage

Tout dossier incomplet vous sera retourné

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 (page suivante) et je joins un RIB

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

Fait à : ..... Le ...../...../.....

Signature du demandeur

#### **4 Cadre réservé à la CMCAS**

Coefficient social : .....

% de participation : ..... %

Du  au

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS.  
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.

DSASS-DENF-18219-V2-Imprimé aide à l'autonomie des jeunes

#### **FORMULAIRE A RETOURNER A :**

**CCAS TERRITOIRE BRETAGNE Service A.S.S. 8 Rue du Bignon - CS 66913 - 35069 RENNES CEDEX**  
**☎ 09 69 36 89 72 mail : ccas-bzh.ass@asmeg.org**

# IMPRIMÉ D'AUTORISATION DE PAYER DES PRESTATIONS A UN TIERS

## AIDE AUTONOMIE DES JEUNES 2020/2021

Je soussigné (e)

Nom : .....

Prénoms (*soulignez le prénom courant*) : .....

Date de naissance :

Adresse : .....

Code Postal :      Commune : .....

N I A :

Déclare, par la présente, autoriser le versement de l'aide à l'autonomie des jeunes sur le COMPTE BANCAIRE OU POSTAL\* DE L'AYANT DROIT :

Nom : .....

Prénoms (*soulignez le prénom courant*) : .....

Date de naissance :

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à informer ma CMCAS de tout changement concernant ma situation.

Date de la demande : ...../...../20 .....

Signature de l'ouvrant droit :

Signature de l'ayant droit :

**\* joindre un IBAN (International Bank Account Number) BIC (Bank Identifier Code) de l'ayant droit**

### FORMULAIRE A RETOURNER A :

CCAS TERRITOIRE BRETAGNE Service A.S.S. 8 Rue du Bignon - CS 66913 - 35069 RENNES CEDEX  
☎ 09 69 36 89 72 mail : ccas-bzh.ass@asmeg.org