

**Centre Communal d'Action Social de :**

**DEMANDE D'AIDE "BANQUE ALIMENTAIRE" 2021**

**date de la demande:**

**Pièces à fournir :** Livrets de famille, cartes d'identité, dernier avis d'imposition, tous justificatifs de revenus, attestation de loyer avec son montant, notification CAF

Composition du Foyer	↓ 1	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe F ou M	Situation Professionnelle
Chef de Famille						↑ en rech.d'emploi CDI CDD/INTERIM Contrat aidé Etudiant/en formation Retraité Autre
Conjoint, Concubin ...						
Enfants à charge		Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Régime matrimonial : \_\_\_\_\_ (Célibataire, Marié, Pacsé, Concubin, Divorcé, Veuf)

MOTIF D'ACCÈS	MOTIF D'ACCÈS
<input type="checkbox"/> Perte d'emploi <input type="checkbox"/> Dettes à rembourser <input type="checkbox"/> Retraite/Allocation insuffisante <input type="checkbox"/> Aucune ressource <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> Problème santé <input type="checkbox"/> Séparation/divorce <input type="checkbox"/> Rupture droits sociaux <input type="checkbox"/> Jeune en rupture familial

**Mettre une croix dans la case qui correspond au motif d'accès**

SITUATION FINANCIÈRE			
Ressources Mensuelles	Bénéficiaire	Conjoint, Concubin	Total du Foyer
Salaires ou Retraites			
Indemnités Journalières			
Chômage			
R.S.A.			
A.A.H.			
Prestations Familiales			
A.L. / A.P.L.			
Pension d'invalidité			
Pension Alimentaire reçue			
Autres			
<b>Total Ressources</b>			
Charges Mensuelles	Bénéficiaire	Conjoint, Concubin	Total du Foyer
Loyer			
Pension Alimentaire payée			
Dossier Surendettement			
<b>Total charges</b>			

Reste à Vivre pour la Famille:			
Nombre Personnes au Foyer :	BAREME 2019 (sur la base du Reste à Vivre de la Famille)		
	Nombre de Personnes au Foyer		
	1	561,00 €	5 1 454,00 €
	2	837,00 €	6 1 685,00 €
	3	1 002,00 €	7 1 916,00 €
	4	1 223,00 €	8 2 147,00 €

par Personne supplémentaire, ajouter à la ligne 8 : 231 €

**DROIT à COLIS ALIMENTAIRE jusqu'au :** (mettre le dernier jour du colis accordé) **Cette date de fin de droit est à remplir OBLIGATOIREMENT**

*Je m'engage à être présent ou me faire représenter à chaque distribution de Banque Alimentaire et faire un bon usage des denrées qui me seront distribuées.*

*Le CCAS m'a informé de la possibilité d'accéder aux données me concernant (RGPD)*

*Je m'engage à signaler tout changement de situation, en date réelle.*

**Certifié sincère et véritable la présente déclaration,**

A ....., le \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"

Signature du Maire, ou de l'élu responsable CCAS