

# Centre Communal d'Action Sociale de PERIERS

**DEMANDE D'AIDE "BANQUE ALIMENTAIRE" 2026**

**Date de la demande:**

**Pièces à fournir :**

Livrets de famille, dernier avis d'imposition, tous justificatifs de revenus,  
quittance de loyer, notification droits CAF

|                                                                                                  |            |               |                          |                       |                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Composition Foyer</b><br><small>chiffre 1 dans colonne rouge pour chaque Membre foyer</small> | <b>Nom</b> | <b>Prénom</b> | <b>Date de naissance</b> | <b>Sexe</b><br>F ou M | <b>Situation du demandeur</b>                                                                                                                                                                     |
| <b>Référent foyer</b>                                                                            |            |               |                          |                       |                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Conjoint, Concubin ...</b>                                                                    |            |               |                          |                       |                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Enfants à charge</b>                                                                          | <b>Nom</b> | <b>Prénom</b> | <b>Date de naissance</b> | <b>Sexe</b>           | <br>en recherche d'emploi<br>salarié(e)<br>contrat aidé<br>étudiant(e)/en<br>formation<br>retraité(e)<br>Autre |
| 1                                                                                                |            |               |                          |                       |                                                                                                                                                                                                   |
| 2                                                                                                |            |               |                          |                       |                                                                                                                                                                                                   |
| 3                                                                                                |            |               |                          |                       |                                                                                                                                                                                                   |
| 4                                                                                                |            |               |                          |                       |                                                                                                                                                                                                   |
| 5                                                                                                |            |               |                          |                       |                                                                                                                                                                                                   |
| 6                                                                                                |            |               |                          |                       |                                                                                                                                                                                                   |
| 7                                                                                                |            |               |                          |                       |                                                                                                                                                                                                   |

|                         |  |                             |  |
|-------------------------|--|-----------------------------|--|
| <b>Adresse :</b>        |  |                             |  |
| <b>Téléphone fixe :</b> |  | <b>Téléphone portable :</b> |  |
| <b>adresse mail :</b>   |  |                             |  |

## SITUATION FINANCIERE

| <b>Ressources Mensuelles</b>            |                                                                                     | <b>Bénéficiaire</b> | <b>Conjoint, Concubin</b> | <b>Total du Foyer</b> |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|-----------------------|
| Salaires ou Retraites                   |   |                     |                           |                       |
| Indemnités Journalières                 |                                                                                     |                     |                           |                       |
| Chômage                                 |                                                                                     |                     |                           |                       |
| R.S.A.                                  |                                                                                     |                     |                           |                       |
| A.A.H.                                  |                                                                                     |                     |                           |                       |
| Prestations Familiales                  |                                                                                     |                     |                           |                       |
| A.L. / A.P.L.                           |                                                                                     |                     |                           |                       |
| Pension invalidité                      |                                                                                     |                     |                           |                       |
| Pension Alimentaire reçue               |                                                                                     |                     |                           |                       |
| Autres                                  |                                                                                     |                     |                           |                       |
| <b>Total Ressources</b>                 |                                                                                     |                     |                           |                       |
| <b>Charges Mensuelles</b>               |                                                                                     | <b>Bénéficiaire</b> | <b>Conjoint, Concubin</b> | <b>Total du Foyer</b> |
| Loyer                                   |  |                     |                           |                       |
| Pension Alimentaire payée               |                                                                                     |                     |                           |                       |
| Dossier Surendettement                  |                                                                                     |                     |                           |                       |
| <b>Total charges</b>                    |                                                                                     |                     |                           |                       |
| <b>Solde disponible pour le foyer :</b> |                                                                                     |                     |                           |                       |

| BAREME 2026 (sur la base du total des revenus - le loyer) |            |   |            |
|-----------------------------------------------------------|------------|---|------------|
| Nombre de Personnes au Foyer                              |            |   |            |
| 1                                                         | 718.00 €   | 5 | 1 866.00 € |
| 2                                                         | 1 076.00 € | 6 | 2 153.00 € |
| 3                                                         | 1 292.00 € | 7 | 2 440.00 € |
| 4                                                         | 1 579.00 € | 8 | 2 727.00 € |
| par Personne supplémentaire, ajouter à la ligne 8 : 287 € |            |   |            |

**DROIT à COLIS ALIMENTAIRE jusqu'au :**

**Cette date de fin de droit est à remplir impérativement**

***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.***

*Signature du Président  
ou de l' élu responsable  
CCAS*

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

***Fait à ,le***

***Signature du Bénéficiaire précédée de la mention manuscrite " Lu et approuvé "***