

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE FONDS D'AIDE GÉNÉRALISTE

NUMÉRO IODAS	DATE DE L'ÉVALUATION
ORIGINE	DEMANDE URGENTE (case à cocher)
SERVICE INTERNE	SERVICE EXTERNE

COMPOSITION DU MÉNAGE (À compléter) TÉLÉPHONE DU MÉNAGE

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE

GRILLE BUDGÉTAIRE DU MÉNAGE AU MOMENT DE LA DEMANDE

RESSOURCES MENSUELLES		CHARGES MENSUELLES		CHARGES EXCEPTIONNELLES DU MOIS	
Salaire 1 : Monsieur		Loyer + Charges		Logement	
Salaire 2 : Madame		APL		Dépenses d'eau	
Salaire autre, précisez :		Loyer résiduel		Dépenses d'énergie	
Indemnités Pôle Emploi		Plan apurement Loyer		Assurance Habitation	
Indemnités journalières 1		Charges de copropriété		Impôts et Taxes	
Indemnités journalières 2		Crédits immobiliers		Frais périscolaires	
RSA socle / RSA majoré		Électricité		Frais de garde	
Prime d'activité		Gaz		Mutuelle	
Pension d'invalidité		Eau		Transport	
Pension de retraite		Assurance Habitation		Téléphone	
Pension alimentaire perçue		Impôts sur le revenu		Autres	
AL		Taxe d'habitation			
A.A.H / A.E.E.H		Taxe foncière			
ASF		Cantine			
Prestations familiales		Centre de loisirs			
Complément familial		Frais de garde			
Autres ressources, précisez:		Plan de surendettement			
		Autres crédits			
		Mutuelle (*)			
		Téléphone Maxi 40€			
		Frais de transport			
		Autres: (**)			
TOTAL 1		TOTAL 2		TOTAL 3	

SOMME DISPONIBLE POUR LA FAMILLE

(*) Pour les personnes isolées, le montant maximum est de 80€
Pour les familles, le montant maximum est de 50€/adulte et de 20€/enfant

(**) À préciser dans l'évaluation

PARTIE À FAIRE REMPLIR PAR LE MÉNAGE

MODE DE PAIEMENT SOLLICITÉ (*)

**(*) Le virement bancaire est le mode de paiement prioritaire.
Il peut être fait pour l'usager ou vers un tiers prestataire à défaut.**

SOLLICITATION DE L'AIDE FINANCIÈRE

Je, soussigné-e,

Nom :

Prénom :

sollicite l'attribution d'une aide financière.

Date :

Signature du / de la demandeur.euse

AUTORISATION DE VERSEMENT À UN TIERS (**)

J'autorise le versement de cette aide à :

SPB ou RDV Régie	Virement à un tiers prestataire
Nom et Prénom du professionnel autorisé :	Coordonnées du tiers prestataire : (Obligatoire dès que la case tiers prestataire est cochée)
	Référence Client et/ou Numéro de Facture : (Obligatoire dès que la case tiers prestataire est cochée) Si le compte Tiers n'existe pas dans IODAS, merci de joindre son RIB)

Date :

Signature du / de la demandeur.euse

() Pour chaque aide financière versée à un tiers, cette rubrique "Autorisation de versement à un tiers" doit être renseignée, signée par la famille, et jointe à la demande. En cas de non présentation, l'aide ne pourra pas être versée.**

Information sur la protection des données - Cadre du règlement général sur la protection des données (RGPD)

J'ai bien pris connaissance de mes droits dans le cadre du Règlement Général sur la Protection des Données

Les données personnelles vous concernant sont collectées et traitées par le Département de La Seine Saint Denis dans le cadre de l'exercice d'une mission d'intérêt publique en vue d'instruire votre demande relative au Fonds d'Aide Généraliste. Les réponses sont à destination du Service Social Départemental / Bureau des Territoires et Interventions (SSD/BTI). Les données seront conservées pour une durée maximum de 10 ans.

En application du Règlement Général de la protection des données (RGPD) n°2016/679 du 27 avril 2016 et de la loi 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée en 2004 et 2018, vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier et demander leur limitation. Pour toute information ou exercice des droits d'accès, de rectification et de limitation, vous pourrez vous adresser au Délégué à la Protection des Données soit :

- par courriel : dpo@seinesaintdenis.fr
- par courrier postal à l'adresse suivante :

Département de Seine-Saint-Denis
À l'attention du délégué à la protection des données
DINSI BP 193, 93006 BOBIGNY CEDEX

ÉVALUATION SOCIALE

Date :

Nom – Prénom et Signature du travailleur social

ORIGINE	INTERNE	EXTERNE
SI INTERNE Nom et Prénom du/de la RC ou du/de la RCA Date Signature		SI EXTERNE Nom du service : Adresse : Mail : Téléphone :

Avant l'envoi du formulaire, en cliquant sur le bouton ci-contre, vous rendrez toutes les informations saisies non modifiables et définitives



Si la demande fait 3 pages, cliquez sur ce bouton pour « Imprimer »
À l'écran « Pages à imprimer », cocher « Pages » puis saisir : 1-3



Pages à imprimer

Tout

Page active

Pages 1-3

ÉVALUATION SOCIALE (SUITE)

Date :

Signature du travailleur social

Avant l'envoi du formulaire, en cliquant sur le bouton ci-contre, vous rendrez toutes les informations saisies non modifiables et définitives



Si la demande fait 4 pages, cliquez sur ce bouton pour « Imprimer »
À l'écran « Pages à imprimer », cocher « Pages » puis saisir : 1-4



Pages à imprimer

Tout

Page active

Pages 1 - 4