



# DEMANDE D'AIDE SOCIALE



N° DOSSIER : \_\_\_\_\_ Date de réception : \_\_\_\_\_  
 **URGENT** : .....

Nature de la demande :  Alimentation  Vestimentaire  Logement  Education  Garde  Santé  Autre : \_\_\_\_\_

Demander (Nom/prénom) : \_\_\_\_\_  
*si différent de l'ouvrant-droit*  
 Lien avec le bénéficiaire de l'aide : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS SUR L'OUVRANT-DROIT

Nom \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  
 DN \_\_\_\_\_ Né(e) le 

J	J	/	M	M	/	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 A \_\_\_\_\_  
 Activité \_\_\_\_\_  
 Bénéficiaire de l'aide :  Oui  Non

### CONJOINT(E), PARTENAIRE PACSE (E) OU CONCUBIN(E)

Nom \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  
 DN \_\_\_\_\_ Né(e) le 

J	J	/	M	M	/	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 A \_\_\_\_\_  
 Activité \_\_\_\_\_  
 Bénéficiaire de l'aide :  Oui  Non

### SITUATION FAMILIALE

1-Célibataire  2-Marié(e)  3-Divorcé(e)  4-Séparé(e)  5-Concubinage  6-Veuf(ve)  7-Partenaire pacsé(e)  8-Autre : \_\_\_\_\_

### COORDONNEES

N° et nom de la voie \_\_\_\_\_  
 Immeuble \_\_\_\_\_  
 Quartier \_\_\_\_\_  
 PK \_\_\_\_\_,  C/mont  C/mer Commune \_\_\_\_\_  
 BP \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_  
 Tél : Domicile \_\_\_\_\_ Bureau \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_  
 En qualité de :  Propriétaire  Locataire  Hébergé  Autre : \_\_\_\_\_

### ENFANT(S) À CHARGE

N°	DN	Nom - Prénom	Date de naissance	Scolarisé	Handicapé	Bénéficiaire de l'aide						
1			<table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	J	J	M	M	A	A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J	J	M	M	A	A							
2			<table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	J	J	M	M	A	A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J	J	M	M	A	A							
3			<table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	J	J	M	M	A	A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J	J	M	M	A	A							
4			<table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	J	J	M	M	A	A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J	J	M	M	A	A							
5			<table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	J	J	M	M	A	A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J	J	M	M	A	A							
6			<table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	J	J	M	M	A	A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J	J	M	M	A	A							

(cochez la case concernée)

FB102-21092018 1/2



**BENEFICIAIRE(S) DE L'AIDE SOCIALE (autres)**

Nom           Prénom            DN

Lien avec l'ouvrant droit :

Motif : \_\_\_\_\_

**DECLARATION DE COMPTES BANCAIRES**

Nombre de comptes bancaires détenus	Socredo	Banque de Tahiti	Banque de Polynésie	Autre banque
par le demandeur : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
par le/la conjoint(e), partenaire pacsé(e), concubin(e) : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
compte(s) joint(s) : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(cochez la case concernée)

**DECLARATION DES RESSOURCES ET CHARGES DES 3 DERNIERS MOIS PRECEDANT LA DEMANDE**

Ressources :	Pour le demandeur	Montant mensuel	Pour le/la conjoint(e), partenaire pacsé(e), concubin(e)
Revenus d'activité professionnelle salariée :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Revenus d'activité professionnelle non salariée : (agriculture, coprahculture, horticulture, artisanat, pêche, perliculture,...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres, préciser : _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Charges :</b>			
1-Loyer :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2-Prêt bancaire * :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3-Frais de garde :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4-Autres : _____ à préciser :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* Préciser la nature du prêt : \_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS DU DEMANDEUR**

\_\_\_\_\_

**PIECES A FOURNIR\***

- Pièce d'identité du demandeur
- Contrat d'emprunt bancaire et/ou d'achat à crédit
- Devis / Proforma
- Bulletin de salaire (le cas échéant)
- Quittance de loyer et contrat de bail
- Certificats médicaux
- Relevé de comptes bancaires du demandeur, conjoint et concubin des 3 derniers mois
- Contrat d'assurance voiture
- Autre, préciser : \_\_\_\_\_
- Justificatifs de revenus (indemnités, loyers, artisanat, ...)
- Frais de garde (justificatifs de paiement)

\* Pièces à fournir selon la nature de la demande et suivant la réglementation en vigueur.

Lors de l'évaluation sociale de votre situation, des pièces supplémentaires pourront vous être réclamées par le travailleur social en charge de votre demande.

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés sur cette demande et à informer la CPS/ la DSFE de toutes modifications concernant ma situation.

Je me tiens à la disposition du travailleur social pour lui donner toutes les informations concernant ma situation familiale et sociale et lui fournir les documents nécessaires à l'instruction de ma demande d'aide.

Je suis informé(e) qu'en cas de fausses (ou omissions) de déclarations, la CPS et la DSFE est en droit d'engager des poursuites pour le remboursement des aides indûment perçues.

Signature du demandeur :

J'autorise la CPS et la DSFE à échanger les informations et documents me concernant pour le traitement de ma demande.

\_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ Le   /   /