

## CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Mairie de ROUSSAY  
Rue de la Croix  
49 450 ROUSSAY  
Tél : 02 41 70 36 61  
Fax : 02 41 70 81 51

NOM .....

PRENOM.....

### DEMANDE D'AIDE AUPRES DU C.C.A.S

#### DECLARATION DE RESSOURCES ET CHARGES MENSUELLES

<b>SECOURS SOLLICITES</b>	<b>Cochez la case correspondante</b>	<b>BENEFICIAIRES (nom prénom)</b>
AIDE ALIMENTAIRE		.....
AIDE POUR LE CARBURANT		.....
FRAIS DE SCOLARITE		.....
AIDE A LA CANTINE		.....
AIDE AU TRANSPORT SCOLAIRE		.....
SECOURS DIVERS		.....



## LES RESSOURCES MOYENNES MENSUELLES DE LA FAMILLE

SALAIRES NETS (un SMIC temps plein est considéré comme butoir)	Demandeur	Conjoint	Autres personnes vivant au foyer
PENSIONS			
INDEMNITES ASSEDIC			
REVENU MINIMUM D'INSERTION			
PRESTATIONS FAMILIALES			
Prestation d'accueil du jeune enfant			
Allocations familiales			
Allocation pour jeune enfant			
Complément familial			
Allocation d'éducation spéciale (enfant handicapé)			
Allocation logement			
Allocation de parent isolé			
Allocation de soutien familial			
Autres ressources (revenus patrimoniaux, capitaux placés, produits d'épargne)			
<b>TOTAL (A)</b>			

## LES CHARGES MENAGERES MOYENNES MENSUELLES DE LA FAMILLE

REMBOURSEMENT POUR ACCESSION A LA PROPRIETE	
MONTANT DU LOYER	
ELECTRICITE ET GAZ	
CHAUFFAGE (FUEL OU BOIS)	
EAU	
<b>TOTAL (B)</b>	

### POUR INFORMATION

<b>CREDITS</b>			
Nature	Montant du remboursement mensuel	Date de dernière échéance	Montant restant dû
<b>DETTES</b>			
Nature			Montant

<b>Prénom de l'enfant</b>							
<b>Etudes suivies</b>							
<b>Externe - interne et demi pensionnaire</b>							
<b>Etablissement fréquenté</b>							
<b>Frais de scolarité</b>							
<b>Bourses obtenues</b>							

**JOINDRE :**

Copies des bulletins de salaire

Pensions, ASSEDIC, prestations familiales, autres ressources, factures, relevés concernant les charges,

Dernier avis d'imposition,

Dernière déclaration de revenus.

A ROUSSAY , le .....

Je, soussigné(e), déclare sur l'honneur certifier exacte ma situation financière telle que décrite au formulaire

Signature

**RESERVE AU CCAS**

**Quotient familial**

**TOTAL (A) ..... - TOTAL (B) ..... = = €**  
**nombre de personnes vivant au foyer**

**DECISION DU C.C.A.S, le.....**

**REFUS**

**ACCORD**

Nature de l'aide(s) :

- 
- 
- 
-