



DEMANDE D'AIDE A L'AUTONOMIE DES JEUNES

Année 2020-2021

Conditions d'attribution (sous réserve d'étude du dossier par l'Action Sanitaire et Social) :

Enfant étudiant âgé de 20 ans à 26 ans (ou 18 ans si enfant unique ou dernier enfant à charge) et se trouvant dans l'une des situations suivantes :

- Poursuite des études supérieures (post-bac)
- En formation rémunérée par alternance (uniquement la 1^{ère} année)
- Jeune chômeur (- 25 ans, inscrit au Pôle Emploi suite à une fin de cursus scolaire et n'ouvrant pas droit à l'allocation chômage)

et dont le Coefficient Social « Action Sanitaire et Social » de la Famille est inférieur ou égal à 22 500.

CMCAS Lorraine Sud/Haute-Marne
Pôle Action Sanitaire et Social
Centre d'Affaires Rives de Marne
5, Rue de l'Abbé Gruet – 52100 SAINT-DIZIER
CCAS-LOR.ASS@asmeg.org

Document à remettre **sur place** ou par **Mail**
à votre **CMCAS** ou **SLVie**.
255

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Aide à l'autonomie des jeunes

Soumise à conditions de ressources

Sous réserve de remplir les conditions d'attributions, je souhaite bénéficier de l'aide à l'autonomie des jeunes

1 Demandeur

Madame Monsieur Nom de naissance :

Nom d'époux ou d'épouse (s'il y a lieu) :

Prénom :

NIA :

Numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Courriel :@.....

Adresse :

Code postal : Commune :

2 Enfant ayant-droit

Nom (de naissance) : Prénom :

Date de naissance

Adresse (à préciser si différente de l'ouvrant-droit) :

CP : Commune :

Tél :

3 Documents à fournir

- Dernier avis d'imposition 2020 sur les revenus de 2019 (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- Avis d'imposition de l'AD enfant (concerné par l'aide)
- Relevé d'identité bancaire
- Copie du contrat de travail pour les agents en CDD (quel que soit le contrat)

Et selon la situation de l'ayant-droit :

- Certificat de scolarité
- Contrat d'apprentissage ou contrat de qualification
- Attestation d'inscription à Pôle Emploi
- Attestation du non-paiement de l'allocation chômage

Je souhaite que cette prestation soit versée sur le compte de mon ayant-droit (enfant) :

OUI NON

Si oui, je complète l'imprimé de demande d'autorisation de payer des prestations à un tiers et je joins un RIB

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.

Fait à : Le/...../.....

Signature du demandeur

4 Cadre réservé à la CMCAS

Coefficient social

% de participation (de 10% à 90%)

Du au

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS.
Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS.
Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :
CCAS – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX.
Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.

IMPRIME D'AUTORISATION DE PAYER DES PRESTATIONS A UN TIERS

DOMAINE FAMILLE- AIDE A L'AUTONOMIE DES JEUNES

Je soussigné (e)

Nom :

Prénoms (soulignez le prénom courant) :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : **Commune :**

NIA :

Déclare, par la présente, autoriser le versement de l'aide à l'autonomie des jeunes sur le compte bancaire ou postal* de l'ayant droit :

Nom :

Prénoms (soulignez le prénom courant) :

Date de naissance :

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à informer ma CMCAS de tout changement concernant ma situation.

Date de la demande :

Signature de l'ouvrant droit

Signature de l'ayant droit

*** joindre un IBAN (International Bank Account Number) BIC (Bank Identifier Code) de l'ayant droit**