

Document à remettre à votre **CMCAS** ou **SLVie**
ou à envoyer par **Mail**

ACTION SOCIALE

Aide à l'autonomie des jeunes

soumise à conditions de ressources

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

Pour préserver la planète, téléchargez, remplissez et transmettez ce formulaire par mail à votre CMCAS avec les pièces justificatives

1 Demandeur ouvrant-droit

Madame Monsieur

Nom :

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) :

Code postal : Commune : Tél :

Courriel :@.....

- Formation initiale OUI NON

- Formation en contrat d'apprentissage ou en alternance OUI NON

3 Documents à fournir

- Avis d'imposition intégral de l'année 2024 sur les revenus 2023 (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- Avis d'imposition intégral 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
- Copie du contrat d'apprentissage ou contrat de qualification
- Attestation d'inscription à France Travail
- Attestation du non-paiement de l'allocation chômage

Je souhaite que cette prestation soit versée sur le compte de mon ayant-droit

OUI NON

Si oui, je complète l'imprimé de demande d'autorisation de payer des prestations à un tiers (ci-dessous) et je joins un RIB.

A noter : mon dossier doit être déposé à ma CMCAS avant le **30/09/2025** et je serai informé(e) par courrier de l'accord ou du refus de prise en charge.

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

Fait à : Le/...../.....

Signature du demandeur

Attention, le calcul de votre coefficient social pour les aides de l'action sanitaire et sociale est différent du calcul de votre participation aux séjours de vacances.

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.

AUTORISATION DE PAYER DES PRESTATIONS A UN TIERS

AIDE A L'AUTONOMIE DES JEUNES

Je soussigné (e)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : **Commune :**

N I A :

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 :

Prénom :

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