

CMCAS de Metz EDF, TERRITOIRE LORRAINE HAUTE-MARNE



C.M.C.A.S.
metz

**DEMANDE D'AIDE A
L'AUTONOMIE DES JEUNES**

Année 2018-2019

A l'attention du Pôle ASS
CCAS Territoire Lorraine Haute-Marne – Allée Philippe Lebon
57950 MONTIGNY-LES-METZ
Téléphone : 03.87.56.61.82
Mail : ccas-lor.ass@asmeg.org

IMPRIME DE DEMANDE D'AIDE A L'AUTONOMIE DES JEUNES

1/ DEMANDEUR

NOM : Prénom :

Date de naissance :

N.I.A. :

Adresse :

Code Postal : Ville : N° Tél. :

Vous êtes CELIBATAIRE Vous êtes MARIE (E) Vous êtes DIVORCE (E)

Vous êtes SEPRE (E) Vous êtes VEUF (VE) Vous êtes partenaire d'un PACS

2) AYANT DROIT

NOM : Prénom :

Date de naissance :

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

Code Postal : Ville : N° Tél. :

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de :

l'allocation de **90 euros par an** pour participation aux frais de la **Cotisation de Vie Etudiante**

l'allocation mensuelle (montant calculé selon le coefficient social de mon dernier avis d'imposition)

2/ DOCUMENTS A FOURNIR

- Dernier Avis d'imposition, (avis d'imposition 2018 sur les revenus 2017)
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,
- Attestation de paiement de la Cotisation de Vie Etudiante,
- Notification d'attribution de bourse,

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 et je joins un IBAN BIC (RIP, RIP, RICE).

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

Fait à : le :/...../.....

Signature du demandeur :

3/ CADRE RESERVE A LA CMCAS

COEFFICIENT SOCIAL :

% de PARTICIPATION (de 10% à 90%) :

Allocation mensuelle, participation du fonds d'action sanitaire et sociale :

Allocation annuelle, participation du fonds d'action sanitaire et sociale :

A COMPTER DU :

JUSQU'AU :

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS. Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. 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*¹ 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

¹ * joindre un IBAN (International Bank Account Number) BIC (Bank Identifier Code) de l'ayant droit

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS. Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. 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.