



***C.M.C.A.S.***  
*metz*

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

**Année 2019-2020**

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](mailto:ccas-lor.ass@asmeg.org)

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

**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 2019 sur les revenus de 2018 (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- 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**