DEMANDE D'AIDE A L'AUTONOMIE DES JEUNES

Année 2020-2021

A l'attention du Pôle ASS
CCAS Territoire Lorraine Haute-Marne – Allée Philippe Lebon
57950 MONTIGNY-LES-METZ
Téléphone : 03.87.56.77.30
Mail : ccas-lor.ass@asmeg.org

Document à remettre **sur place** ou par **Mail**
à votre **CMCAS** ou **SLVie**.
230

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)
- 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 :** ……

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 : ……

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 **B**ank **A**ccount **N**umber**) BIC** (**B**ank **I**dentifier **C**ode) **de l'ayant droit**