



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

1 Demandeur

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 :

3 Documents à fournir

- Dernier avis d'imposition (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

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 30/09/2022 et je serai informé(e) par courrier de l'accord ou du refus de prise en charge.

Plus d'informations sur cette prestation [ICI](#)

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

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

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.