



RÉCAPITULATIF DE(S) LA DEMANDE(S) MAINTIEN DANS LE LOGEMENT



IDENTITE DU DEMANDEUR

N° allocataire :

Nom – Prénom :

Adresse :
.....
.....

CMS de rattachement : Florac
 Langogne
 Marvejols
 Mende
 Saint Chély

ENQUÊTE SOCIALE

Date de l'enquête sociale .../.../.....

Nom du travailleur social :

Avis du travailleur social : Très favorable Favorable Défavorable Sans avis

Signature du travailleur social :

LOGEMENT

Logement public Locataire privé Propriétaire Hébergé à titre gratuit (entourer le statut d'occupation)
Nom du bailleur :
Type (ex : T1, T2...) : Surface (en m²) :
Montant du loyer (hors charges) : € Entrée dans les lieux le : .../.../.....
Impayés locatifs : oui / non Nombre de mois de retard de loyers :

DEMANDE(S) DETAILLES(S)

SUBVENTION			PRET
LOGEMENT	ÉNERGIE	EAU / AUTRES	
<input type="checkbox"/> Dette de loyer € <input type="checkbox"/> Charges locatives € <i>Préciser (nature) : ...</i>	Impayés de : <input type="checkbox"/> Bois € <input type="checkbox"/> Électricité € <input type="checkbox"/> Gaz € <input type="checkbox"/> Fuel € <input type="checkbox"/> AE	Impayés d' : <input type="checkbox"/> Eau € <input type="checkbox"/> Autre(s) € <i>Préciser (nature) :</i>	Durée (en mois) :
Doc(s) joint(s) relatif(s) à(aux) demande(s) <input type="checkbox"/>	Doc(s) joint(s) relatif(s) à(aux) demande(s) <input type="checkbox"/>	Doc(s) joint(s) relatif(s) à(aux) demande(s) <input type="checkbox"/>	Doc(s) joint(s) relatif(s) à(aux) demande(s) <input type="checkbox"/>
.....
.....

Montant total demandé : €

COMPOSITION FAMILIALE

Monsieur

Nom & Prénom	Date et lieu de naissance	Responsabilité légale ¹	Activité/Étude/Formation

Madame

Nom de jeune fille & Prénom	Date et lieu de naissance	Responsabilité légale ¹	Activité/Étude/Formation

Situation familiale

- Marié
 Concubinage
 PACS
 Veuf (ve)
 Célibataire
 Divorcé(e)
 Séparé(e) de fait
 Séparé(e) légalement

Enfants ou autres personnes à charge

Nom et prénom	Date et lieu de naissance	Filiation ³	Autorité parentale ²	Établissement scolaire ou professionnel – classe Mode de garde

1 – Pour Mr : Tuteur de Mme, Ss tutelle de Mme, Ss tutelle de tiers, Curateur de Mme, Ss curatelle de Mme, Ss curatelle de tiers.
Pour Mme : Tuteur de Mr, Ss tutelle de Mr, Ss tutelle de tiers, Curateur de Mr, Ss curatelle de Mr, Ss curatelle de tiers.

Fonds de Solidarité pour le Logement

ANNEXE N°4B

2 – Autorité parentale unique de Mr., de Mme ; Autorité parentale conjointe de Mr, de Mme, de Mr et Mme ; Autorité parentale déléguée à tiers ; Ss tutelle de Mr, de Mme, de tiers ; Ss curatelle de Mr, de Mme ou de tiers.

3 – Enfant de Mr, de Mme, de Mr et Mme ; Petit-enfant de Mr, de Mme, de Mr et Mme, Parent de Mr, de Mme.

RESSOURCES	Monsieur	Madame	CHARGES	Monsieur	Madame
Salaire mensuel			Loyer		
Revenu d'activité (travailleurs indépendants)			Charges locatives :		
Indemnités journalières			Garage		
Indemnités chômage			Autres, préciser :		
Aide au retour à l'emploi			Accession propriété		
Allocation d'insertion			Chauffage : bois, fuel		
A.S.S.			Eau		
R.S.A.			Électricité : Mensualisation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Pension de retraite			Gaz Mensualisation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Retraite complémentaire			Téléphone fixe dont Internet		
Minimum vieillesse			Téléphone mobile		
Allocation de solidarité personnes âgées			Abonnement satellite		
Pension de réversion			Taxe d'habitation/mois Mensualisation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Assurance veuvage			Taxe foncière/mois mensualisation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Rente accident de travail			Impôts sur le revenu/mois mensualisation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Pension d'invalidité			Frais transports		
Allocation supplémentaire d'invalidité			Frais d'aide à domicile * (aide ménagère, portage de repas, fourniture hygiène...)		
A.A.H.			Frais de scolarité		
Allocations familiales			Frais de garde		
Complément familial			Pension alimentaire		
A.S.F.			Frais médicaux		
A.P.I.			Mutuelle		
P.A.J.E.			Assurance dépendance décès		
A.P.E.			Assurance vie/mois		
A.J.P.P.			Assurance habitation/mois		
A.E.E.H.			Assurance auto/mois		
A.R.S.			Mensualités de crédits		
A.P.L./ ALS / A.L.F			Plan d'apurement		
Autres, préciser					

TOTAL	0,00 €	0,00 €	TOTAL	0,00 €
TOTAL GENERAL	0,00 €			

* ne mentionner que les frais restant effectivement à charge de l'utilisateur

Bénéficiaire de l'A.P.A. oui non Bénéficiaire de la P.C.H. oui non

Bénéficiaire de l'A.C.T.P. oui non

Épargne et patrimoine : détailler

.....

Crédits/dettes mensuelles/découverts bancaires

Nature Organisme	Montant	Nombre de mois impayés	Échéancier négocié Oui/Non	Montant restant dû	Date de dernière échéance

Dossier de surendettement :

- oui, date de dépôt :
- non

Orientation de la commission :

- plan
- moratoire
- procédure de rétablissement personnel

EVALUATION SOCIALE

