

# DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE SPÉCIFIQUE



## Identité du demandeur

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Numéro de marin, le cas échéant : \_\_\_\_\_

Numéro de pension Enim, le cas échéant :

Numéro d'allocataire CAF : \_\_\_\_\_

Date de naissance :   /   /

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :      Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone :

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## Situation de famille

Célibataire

Divorcé(e)/Séparé(e), depuis le   /   /

Marié(e)/Pacsé(e)/Concubin(e), depuis le   /   /

Veuf(ve), depuis le   /   /

## Identité du conjoint(e) ou du partenaire

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance :   /   /     Profession : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale :

## Autres personnes vivant au foyer

Nom et Prénom	Profession ou situation	Date de naissance	Lien de parenté

## Mode de logement

Propriétaire  Locataire  Foyer logement  Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

# DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE SPÉCIFIQUE

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_



## Ressources mensuelles

Indiquer l'ensemble des ressources mensuelles perçues par le foyer

	Demandeur	Conjoint(e) / Partenaire	Enfant ou autre personne résidant au foyer
Pension Enim			
Pension autres régimes (1)			
Salaire, Indemnités Journalières, Indemnités France travail, RSA (2)			
Autres revenus (Prime d'activité, Complément employeur ou prévoyance, Allocation adulte / enfant handicapé ...)			
Revenus fonciers et/ou mobiliers			
<b>TOTAL</b>			

(1) Merci de préciser l'origine des autres pensions : CARSAT, ARRCO, AGIRC, MSA, etc.

(2) Merci de préciser la nature du revenu

## Charge à déduire

Pension alimentaire versée (à justifier) : \_\_\_\_\_

## Ressources exceptionnelles

Nature (Exemples : Rappel de prestations familiales, capital décès)	Montant
	€
	€
	€

## Charges mensuelles du foyer

Type de dépense	Montant
Eau	€
Electricité	€
Gaz	€
Autre combustible (fuel, bois...)	€
Téléphone / Internet	€
Impôt sur le revenu	€
Impôt foncier	€
Loyer	€
Crédit immobilier	€
Frais d'hébergement en maison de retraite	€
Mutuelle	€
Assurance voiture	€
Assurance habitation	€
Autres assurance (précisez) : _____	€
Frais de scolarité	€
Autre (précisez) : _____	€

# DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE SPÉCIFIQUE

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_



## Détail des crédits

Organisme de crédit	Montant remboursé mensuellement	Date de début	Date de fin	Motif du crédit
	€			
	€			
	€			
	€			

## Charges exceptionnelles

Nature (Exemples : Charges familiales, charges professionnelles ayant un impact direct sur l'équilibre du budget familial, etc.)	Montant
	€
	€
	€
	€

## Retards de paiement et découverts bancaires

Organisme concerné	Montant	Echéancier	Montant mensuel
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€

La commission de surendettement a-t-elle été saisie ?

Oui, précisez la date de saisine :  /  /   Non

Montant mensuel du plan conventionnel de règlement : \_\_\_\_\_ €

## Aides antérieures et concomitantes sur les 12 derniers mois

Organisme saisi	Aide obtenue	Date d'acceptation	Montant obtenu
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€

# DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE SPÉCIFIQUE

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_



## ENGAGEMENT

**Je soussigné(e)** *(nom et prénom(s) du signataire)*

\_\_\_\_\_

autorise *(précisez le nom et qualités)* \_\_\_\_\_

à percevoir pour mon compte le versement direct du montant de la participation qui m'est allouée par l'Enim.

**Je m'engage à :**

- signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et de tout changement de domicile
- régler à l'Enim les sommes éventuellement versées à tort
- faciliter toute enquête.

**Je certifie sur l'honneur l'authenticité des pièces et des renseignements fournis.**

Fait à \_\_\_\_\_ le   /   /

Signature obligatoire :

# DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE SPÉCIFIQUE

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_



## PAGE À COMPLÉTER PAR LE SERVICE SOCIAL

### Evaluation de la situation

Contexte, motifs de la demande, propositions :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Montant de la demande : \_\_\_\_\_ €

Plan d'action mis en place :

---

---

---

---

---

Date de l'enquête :  /  /

### Signature de l'assistant(e) de service social

Courriel de l'assistant(e) de service social : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le  /  /

Signature de l'assistant(e) de service social :

## LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- Le formulaire de demande dûment complété et signé
- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Selon la situation du demandeur, les justificatifs des ressources de tous les membres du foyer (4 derniers mois précédant la demande) si celles-ci sont supérieures au Revenu Brut Global mentionné sur l'avis d'imposition ou de non-imposition
- Les pièces justificatives des dépenses mensuelles supportées par le foyer
- En cas de règlement par un tiers, le RIB de ce dernier comportant les codes BIC et IBAN

*L'Enim se réserve le droit de demander toute pièce justificative estimée nécessaire à l'étude du dossier.*

## LE DOSSIER COMPLÉTÉ EST À RETOURNER À L'ADRESSE SUIVANTE :

Enim - Département des politiques sociales maritimes de l'action sanitaire et sociale et des préventions (DPAP)  
27 quai de Solidor  
CS 31854  
35418 Saint-Malo Cedex  
[action.sociale@enim.eu](mailto:action.sociale@enim.eu)