**DEMANDE AIDE FINANCIERE**

**FICHE RENSEIGNEMENTS**

***Date de la demande :*** ***Montant demandé :***

***Objet de la demande :***

# Personne appareillée

# Conjoint / Compagnon / Parent(s)

Nom/Prénom Mère : Nom/Prénom

🖂 🖂

Tél. : Tél.

Né(e) le Né(e) le

CP/Ville CP/Ville

Appareillage : Père : Nom/Prénom

🖂

Tél.

Depuis le : Né(e) le

CP/Ville

*Situation Familiale :*

□ Célibataire Famille monoparentale □ OUI □ NON

□ Marié(e)

□ Vie maritale

□ Divorcé(e)

□ Séparé(e)

□ Veuf (ve)

□ Mineur

□ Pacsé(e)

*Enfant(s) ou autre(s) personne(s) vivant au foyer :*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| à charge | | Au foyer | | |
| Nom | Prénom | Age | Activité | oui | non | | oui | non |
|  |  |  |  | ❑ | ❑ | | ❑ | ❑ |
|  |  |  |  | ❑ | ❑ | | ❑ | ❑ |
|  |  |  |  | ❑ | ❑ | | ❑ | ❑ |
|  |  |  |  | ❑ | ❑ | | ❑ | ❑ |

*Aides sollicitées auprès d’autres organismes :*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ORGANISME | DATE DEMANDE | MONTANT SOLLICITE | MONTANT OBTENU |
| CARSAT |  |  |  |
| CAF |  |  |  |
| MSA |  |  |  |
| MDPH |  |  |  |
| Autre à préciser |  |  |  |

# Evaluation sociale (détails de la situation)

# Décision *Cadre réservé à ALTADIR*

### Accord pour un montant de : ………….€ Participation du demandeur à hauteur de : ……...€

Modalités de règlement :

### Rejet / Ajournement

Motif

**DATE :**

**SIGNATURE(S) :**