



Aide Solidarité Non Remboursable

Commission Santé-Solidarité-Handicap

Dossier n° : _____ NIA : _____

Information ouvrant-droit : Actif Pensionné

Situation familiale : Séparé (e) Marié (e) Veuf (e)
 PACSE (E) Divorcé (e) Concubin (e)
 Célibataire

Situation du conjoint : En activité Retraité (e) Sans profession
 Congé parental Demandeur d'emploi

Nombre d'enfants à charge : _____ Age des enfants : _____

Cette demande concerne : Ouvrant-Droit Ayant-Droit Conjoint Ayant-Droit enfant
Mutuelle : CAMIEG Energie Mutuelle Autre:

Avez-vous obtenu une aide auprès d'autres organismes : Non Oui Lequel : _____
Montant (Joindre les justificatifs) : _____ €

Documents à joindre à votre demande : 1. Avis d'imposition, dernier bulletin de salaire OD et AD, dernier bulletin de pension.
2. Tout justificatif en lien avec la demande

Objet détaillé de la demande :



Aide Solidarité Non Remboursable

	Montant mensuel	Montant annuel
Revenus du foyer		
Salaire et autres revenus		
Pensions (retraite, alimentaire, invalidité)		
Allocations sociales		
Autres		
Total revenus	0	0
	Montant mensuel	Montant annuel
Dépenses du foyer		
Logement		
Loyer ou remboursement prêt		
Assurance logement		
Électricité, gaz, chauffage		
Eau		
Travaux, entretien		
Résidence secondaire		
Loyer ou remboursement prêt		
Charges		
Transports		
Voiture, moto		
Assurance véhicule		
Essence, transport en commun		
Alimentation		
Enfant		
Frais de scolarité (y compris assurance et cantine)		
Frais de garde		
Impôts - pensions		
Sur le revenu		
Locaux et redevances TV		
Foncier		
Pension alimentaire		
Communication culture et loisirs		
Téléphone fixe/ mobile/ internet		
Sport		
Vacances		
Santé		
Mutuelles et complémentaires		
Dépenses santé non remboursées		
Services financiers crédit - Epargne		
Voiture, moto		
Crédit à la consommation		
Electroménager		
Autres crédits		
Total dépense	0	0
Solde	0	0

Le demandeur atteste sur l'honneur l'exactitude des éléments déclarés ci-dessus

Date et signature