



ACTION SANITAIRE ET 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
Année scolaire 2020/2021

1 Demandeur

Madame Monsieur Nom de naissance :

Nom d'époux ou d'épouse (s'il y a lieu) :

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

- Avis d'imposition 2020 sur les revenus 2019 (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- 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 et je joins un RIB

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.

Fait à : Le/...../.....

Signature du demandeur

DOSSIER A RETOURNER A L'ADRESSE SUIVANTE :

CCAS Territoire Centre - Pôle ASS

3 Allée Ferdinand de Lesseps

CS 10444

37204 TOURS Cedex 3

Ou par mail :

CCAS-Centre.ActionSanitaireetSociale@asmeg.org

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.



IMPRIME D'AUTORISATION DE PAYER DES PRESTATIONS A UN TIERS
DOMAINE FAMILLE- AIDE A L'AUTONOMIE DES JEUNES

Je soussigné (e)

Nom :

Prénoms (soulignez le prénom courant) :

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 :

Prénoms (soulignez le prénom courant) :

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

*** joindre R I B 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 informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. 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.