

Document à remettre à votre **CMCAS** ou **SLVie**
ou à envoyer par **mail**

Action sociale

Aide à l'autonomie des jeunes
Soumise à conditions de ressources

Du 1^{er} octobre 2024 au 30 septembre 2025

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de l'aide à l'autonomie des jeunes

Préservez la planète ; téléchargez, remplissez et transmettez ce formulaire par mail à votre CMCAS avec les pièces justificatives

1 Demandeur

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

NIA :

Numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Courriel :@.....

Adresse :

Code postal :

Commune :

Votre conjoint(e) ayant-droit :

Nom :

Prénom :

Votre conjoint(e) exerce dans une IEG : Oui Non

Si oui, préciser le NIA :

2 Enfant ayant-droit

Nom (de naissance) :

Prénom :

Date de naissance

Adresse (à préciser si différente de l'ouvrant-droit) :

Code postal : Commune : Tél :

Courriel :@.....

- Formation initiale OUI NON
- Formation en contrat d'apprentissage ou en alternance OUI NON

3 Documents à fournir

- Avis d'imposition 2024 revenus 2023 (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- Avis d'imposition de l'AD enfant (concerné par l'aide)
- 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 année en cours et année précédente
- Copie du contrat d'apprentissage ou contrat de qualification
- Attestation d'inscription à Pôle emploi
- Attestation du non-paiement de l'allocation chômage

Attention, le calcul de votre coefficient social pour les aides de l'action sociale est différent du calcul de votre participation aux séjours de vacances.

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 (ci-dessous) et je joins un RIB.

A noter : mon dossier doit être déposé à ma CMCAS avant le 30/09/2025 et je serai informé(e) par courrier de l'accord ou du refus de prise en charge.

Plus d'informations sur cette prestation [ICI](#)

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

Fait à : Le/...../.....

Signature du demandeur

4 Cadre réservé à la CMCAS

Coefficient social

% de participation (de 10 % à 90 %)

Du au

AUTORISATION DE PAYER DES PRESTATIONS A UN TIERS

AIDE A L'AUTONOMIE DES JEUNES

Je soussigné (e)

Nom :

Prénom :

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 :

Prénom :

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

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.