

Du 1^{er} octobre 2023 au 30 septembre 2024

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

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de l'aide à l'autonomie des jeunes			
Préservons la planète ; téléchargez, remplissez et transmettez ce formulaire par mail à votre CMCAS avec les pièces justificatives			
1 Demandeur			
Madame Monsieur Monsieur			
Nom:			
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) :			
Date de naissance			
Adresse (à préciser si différente de l'ouvrant-droit) :			
Courriel:@@			
- Formation initiale OUI NON			

3 Documents à fournir

- Avis d'imposition 2023 revenus 2022 (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
- Copie du contrat d'apprentissage ou contrat de qualification
- Attestation d'inscription à Pôle emploi
- Attestation du non-paiement de l'allocation chômage

- Attestation du non palement de l'anocacion enomage
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 30/09/2024 et je serai informé(e) par courrier de l'accord ou du refus de prise en charge.
Plus d'informations sur cette prestation <u>ICI</u>
J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.
Fait à :Le/
Signature du demandeur
Cadre réservé à la CMCAS
Coefficient social
% de participation (de 10 % à 90 %)
Du au au



AUTORISATION DE PAYER DES PRESTATIONS A UN TIERS

AIDE A L'AUTONOMIE DES JEUNES

Je soussigné (e)	
Nom :	
Prénom :	nasar kada kada Palakadi pa
Date de naissance :	
Adresse :	77111WB
Code Postal : Commu	ne :
NIA:	
Déclare, par la présente, autoriser le versem	ent de l'aide à l'autonomie des jeunes sur le
compte bancaire ou postal* de l'ayant droit :	
Nom:	
Prénom :	A STATE OF THE STA
Date de naissance :	
Je certifie l'exactitude des renseignements fo	urnis 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.

Signature de l'ouvrant droit

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.