



Voyages

Vacances

Arbre de Noël

Culture & Loisirs

Partenaires

Offres Promotionnelles

Prestations Sociales

Evénements

Retraités

www.cos58.fr

DOSSIER de DEMANDE de PRESTATION EXCEPTIONNELLE

*Cocher la case correspondante

SITUATION FAMILIALE

Marié.e () Séparé.e () Divorcé.e () Vie maritale () Pacs () Veuf.ve () Célibataire ()

Depuis le _____ Tél pour vous joindre rapidement _____

Nom de l'Agent _____

Nom du Conjoint _____

Adresse _____

Enfant(s) Seulement si les enfants sont toujours à charge

Nom-Prénom _____

Date de naissance / /

SITUATION dans la COLLECTIVITE ou l'ETABLISSEMENT PUBLIC

N° d'adhérent _____

COMMUNE _____ ou

ETABLISSEMENT PUBLIC de _____

Temps de travail _____ / 35 h

AUTRES COLLECTIVITES ou ETABLISSEMENTS PUBLICS EMPLOYEURS DE L'AGENT

Collectivité _____ Temps de Travail _____/35 h

Collectivité _____ Temps de Travail _____/35 h

Activité autre : Entreprise _____ Temps de Travail _____/35 h

Je certifie sur l'honneur les déclarations faites ci-dessus et ci-dessous.

Date

Signature

DOSSIER de DEMANDE de PRESTATION EXCEPTIONNELLE

COMPLETER LE TABLEAU DE VOTRE BUDGET CI-DESSOUS

RESSOURCES DU FOYER	
Salaire de l'agent	€
Salaire du conjoint	€
Autres	€
Pension alimentaire	€
Montant des prestations familiales	€
TOTAL DES RESSOURCES	€
DEPENSES DU FOYER	
Loyer et charges	€
Prêt immobilier	€
Electricité	€
Eau	€
Chauffage	€
Téléphone et Internet limité à 50 €	€
Assurance voiture	€
Assurance habitation	€
Impôt sur le(s) revenu(s)	€
Impôt foncier	€
Impôt locaux	€
Frais de garde enfant (garde à temps plein)	€
Mutuelle	€
Pension alimentaire	€
TOTAL DES DEPENSES	€
CREDITS DIVERS (indiquer la banque ou société de crédit)	
	€
	€
	€
	€
TOTAL DES CREDITS	€
FAIT L'OBJET D'UN DOSSIER DE SURENDETEMENT	
	€
	€
	€
	€
TOTAL APUREMENT	€

Ce secours reste exceptionnel, et à l'appréciation des Membres du Conseil d'administration.

Il est versé à un créancier ou sous forme de bons d'achat. Merci de nous indiquer la ou les factures à régler en priorité.
 Avez-vous sollicité d'autres organismes ? oui () * non () *
 (tel que CCAS, Assistante sociale de secteur...)

Si oui, préciser lesquels ? _____

Indiquez nous brièvement ce qui vous a été répondu ou le montant qui vous a été alloué.

DIFFICULTES FINANCIERES LIEES A UN PROBLEME DE SANTE, merci de compléter en plus le questionnaire ci-dessous

Bénéficier vous du maintien de salaire oui () * non () *

Si oui, joindre le dernier bulletin de salaire à taux plein et le justificatif d'indemnisation en cas de perte de salaire.

En cas d'arrêt de travail de plus de trois mois et de crédit(s) en cours :

Bénéficiez-vous d'une assurance prenant en charge vos échéances ? oui () * non () *

JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES A FOURNIR

() - Les quatre volets des feuilles d'impositions N-1 pour vous et votre conjoint,

() - Avis de taxe d'habitation et taxe foncière,

()

() - Vos deux derniers bulletins de salaire et ceux de votre conjoint ou concubin(e) ou liée par un pacs

() - Justificatifs de toutes autres ressources imposables ou non de votre foyer : prestations familiales, pension d'invalidités, rente d'accident du travail ...

() - Certificat de scolarité pour les enfants à partir de 17 ans

() - justificatifs des dépenses (voir tableau ci-joint)

() - facture(s) non réglée(s)

() - justificatif du restant à charge pour les frais de santé après remboursement (décompte assurance maladie et mutuelle)

() - facultatif : un courrier du Maire ou du Président appuyant votre demande.

Fait à _____

_____ le _____

Je certifie sur l'honneur les déclarations faites ci-dessus et ci-dessous.

Signature

CADRE RESERVE AU COS 58