

# BUDGET DU FOYER

## RESSOURCES MENSUELLES

	Monsieur	Madame	Autres		
Salaire mensuel	_____	_____	_____	_____	_____
Revenus prof non salariés	_____	_____	_____	_____	_____
Indemnités de stage	_____	_____	_____	_____	_____
Indemnités de chômage	_____	_____	_____	_____	_____
Prestations familiales (non compris aide au logement)	_____	_____	_____	_____	_____
A.A.H	_____	_____	_____	_____	_____
R.S.A	_____	_____	_____	_____	_____
Pension Alimentaire	_____	_____	_____	_____	_____
Prestation maladie (IJ)	_____	_____	_____	_____	_____
Rente accident du travail	_____	_____	_____	_____	_____
Pension d'invalidité	_____	_____	_____	_____	_____
Pensions et retraites	_____	_____	_____	_____	_____
Autres (à préciser)	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Total</b>	_____	_____	_____	_____	_____
	<b>TOTAL DES RESSOURCES</b>				_____

### - Dossier de surendettement Banque de France

déposé  recevable  adopté

Le demandeur bénéficie t-il d'une mesure de tutelle : oui  non

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure d'expulsion : oui  non

Si oui, le service des expulsions du GIP a-t-il été avisé de cette demande : oui  non

LOGEMENT	MONTANT	Prêts en cours		DETTES
		Date de début	Durée	
Loyer brut				
<b>Accession / mensualités</b>				
Aide au logement				
Prêt principal				
Prêts complémentaires				
Loyer/Accession restant à charge				

CHARGES MENSUELLES	MONTANT	DETTES
Loyer/Accession restant à charge		
Electricité		
Gaz		
Frais de chauffage		
EAU		
Téléphone		
Frais de transport		
Mutuelle		
Assurance habitation		
Assurance voiture		
Pension alimentaire		
Frais de scolarité		
Cantine		
Frais garde d'enfant		
Autres		
<b>TOTAL</b>		

CREDITS - ÉQUIPEMENT	MONTANT	Prêts en cours		DETTES
		Date de début	Durée	
Voiture				
Remboursement Banque de France				
Crédits à la consommation				
<b>TOTAL</b>				

**Reste à vivre**

**PROPOSITION DU TRAVAILLEUR SOCIAL :** Accompagnement social et budgétaire sans gestion des prestations sociales Accompagnement social et budgétaire avec gestion des prestations sociales

Objectifs et moyens à mettre en œuvre en fonction des difficultés rencontrées, atouts, potentiels

Date

Signature du demandeur

Nom et signature du travailleur social :

Nom de l'organisme :

**DECISION** Validation pour une durée de : \_\_\_\_\_ Mesure avec gestion des prestations sociales (assurée par le GIP Charente Solidarités) Mesure sans gestion des prestations sociales assurée par : la MDS (nom du référent de la mesure) : \_\_\_\_\_ le GIP Charente Solidarités (dans le cadre de la prévention des expulsions ou de l'ASSLL) un autre service conventionné : \_\_\_\_\_  
(CCAS, CHRS, ...) Rejet de la demande et motivation : Ne perçoit pas de prestations sociales Les prestations sociales sont versées en tiers payant Réorientation vers une mesure judiciaire Relève d'un autre accompagnement social Autre \_\_\_\_\_

Date :

Pour le Président du Conseil départemental  
et par délégation,**DEMANDE DE MESURE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL  
PERSONNALISÉ**

NOM – Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal

Commune

Téléphone (facultatif) : \_\_\_\_\_

Bailleur : \_\_\_\_\_

**SITUATION FAMILIALE**Marié  Vie Maritale  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Célibataire  PACS **COMPOSITION DE LA FAMILLE**

	NOM	PRENOM	NE(E) LE	SITUATION - PROFESSION SCOLARITÉ
<b>Monsieur</b>				
<b>Madame</b> (nom de jeune fille)				
Enfants à charge				
Autres personnes au foyer				

**EMPLOYEUR**- De Monsieur \_\_\_\_\_  
(Nature du contrat)- De Madame \_\_\_\_\_  
(Nature du contrat)

- Autres : \_\_\_\_\_

N° allocataire CAF \_\_\_\_\_

N° identification MSA \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale \_\_\_\_\_