

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

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

- Dernier avis d'imposition : **avis 2019 sur les revenus 2018** (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

Tout dossier incomplet vous sera retourné

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 (page suivante) 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

4 Cadre réservé à la CMCAS

Coefficient social :

% de participation (de 10% à 90%) : %

Du au

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.

DSASS-DENF-18219-V2-Imprimé aide à l'autonomie des jeunes

FORMULAIRE A RETOURNER A :

CCAS TERRITOIRE BRETAGNE Service A.S.S. 8 Rue du Bignon - CS 66913 - 35069 RENNES CEDEX
☎ 02 99 26 03 40 mail : ccas-bzh.ass@asmeg.org

IMPRIMÉ D'AUTORISATION DE PAYER DES PRESTATIONS A UN TIERS

AIDE 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 :/...../20

Signature de l'ouvrant droit :

Signature de l'ayant droit :

* joindre un IBAN (International Bank Account Number) BIC (Bank Identifier Code) de l'ayant droit

FORMULAIRE A RETOURNER A :

CCAS TERRITOIRE BRETAGNE Service A.S.S. 8 Rue du Bignon - CS 66913 - 35069 RENNES CEDEX
☎ 02 99 26 03 40 mail : ccas-bzh.ass@asmeg.org