

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

Date limite de dépôt de votre demande : 30/09/2025

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 :

Courriel :@.....

- Formation initiale OUI NON

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

3 Documents à fournir

- Dernier avis d'imposition : **avis 2024 sur les revenus 2023** (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- **Si concerné** : le dernier avis d'impôts de l'ayant-droit concerné par la demande
- **Relevé d'identité bancaire (obligatoire pour éviter tout rejet 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 2024/2025 (impératif)**
- 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

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 (page suivante) **et je joins un RIB**

Pour plus d'informations sur cette prestation, cliquez [ICI](#)

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

Fait à : Le / / 20.....

Signature du demandeur

4 Cadre réservé à la CMCAS

Coefficient social :

% de participation :%

Du 20 au 20

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-V3.7-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 ou par mail : ccas-bzh.ass@asmeg.org

☎ 09 69 36 89 72

IMPRIMÉ D'AUTORISATION DE PAYER DES PRESTATIONS A UN TIERS

AIDE AUTONOMIE DES JEUNES 2024/2025

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