

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 : .....

**Votre conjoint(e) ayant-droit :**

Nom : .....

Prénom : .....

Votre conjoint(e) exerce dans une IEG : Oui  Non

Si oui, préciser le NIA :

**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 | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| - Formation en contrat d'apprentissage ou en alternance | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |

### **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 France Travail
- Attestation du non-paiement de l'allocation chômage

**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-V4.0-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](mailto:ccas-bzh.ass@asmeg.org)**  
**☎ 09 69 36 89 72**

# 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**