

Action sociale

## Aide à l'autonomie des jeunes

Soumise à conditions de ressources

Document à remettre à votre **CMCAS** ou **SLVie**

**Du 1<sup>er</sup> octobre 2024 au 30 septembre 2025**

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

### 1 Demandeur

Madame  Monsieur

Nom : .....

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**

- Avis d'imposition 2024 revenus 2023 (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- Avis d'imposition de l'AD enfant (concerné par l'aide)
- 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
- Copie du contrat d'apprentissage ou contrat de qualification
- Attestation d'inscription à Pôle emploi
- Attestation du non-paiement de l'allocation chômage

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 (ci-dessous) et je joins un RIB.

A noter : mon dossier doit être déposé à ma CMCAS avant le 30/09/2025 et je serai informé(e) par courrier de l'accord ou du refus de prise en charge.

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

## AUTORISATION DE PAYER DES PRESTATIONS A UN TIERS

### AIDE A L'AUTONOMIE DES JEUNES

**Je soussigné (e)**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**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 :** .....

**Prénom :** .....

**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 :**

**Signature de l'ouvrant droit**

**Signature de l'ayant droit**

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.