



ÉTAT DE RENSEIGNEMENTS

Vous sollicitez l'aide de Terre Fraternité-ADO. La commission sociale va étudier votre demande dans les plus brefs délais. Il est important que cet état de renseignements comporte toutes les informations lui permettant d'évaluer l'urgence sociale, le montant de l'aide sollicitée et la situation globale susceptible de nécessiter l'intervention d'autres acteurs que Terre Fraternité-ADO. Les informations qui y figurent resteront confidentielles.

1- ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

Nom : Né(e) : Prénom :
 Date de naissance : Lieu de naissance : Code postal :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone : Adresse mail :
 Situation de famille :

Lien Défense

Militaire - grade : Armée/service : Entrée en service :
 Affectation : Lieu de garnison :
Civil - Catégorie : Affectation :
 Téléphone : Adresse mail professionnelle :

2- RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT DÉCÉDÉ (Ressortissant défense)

Nom : Prénom : Grade :
 Armée/service : Dernière affectation (lieu,date) :
 Date de naissance : Lieu de naissance : Code postal :
 Date du décès : En service Hors service En retraite (ou fin de service)

3- COMPOSITION DE LA FAMILLE

Désignation	Nom	Prénom	Date de Naissance	Profession ou scolarité
Conjoint	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 ^{er} enfant à charge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 ^{ème} enfant à charge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 ^{ème} enfant à charge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 ^{ème} enfant à charge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4- BUDGET MENSUEL FAMILIAL

Ressources mensuelles	Montant	Charges mensuelles	Montant
Salaire du demandeur	<input type="text"/>	Montant du loyer	<input type="text"/>
Salaire du conjoint	<input type="text"/>	Charges	<input type="text"/>
Allocation chômage	<input type="text"/>	Accession à la propriété	<input type="text"/>
Prestations familiales (CAF)	<input type="text"/>	Crédits auto	<input type="text"/>
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	<input type="text"/>	Frais de scolarité	<input type="text"/>
Allocation de logement (PAL)	<input type="text"/>	Pension alimentaire versée	<input type="text"/>
Pension retraite	<input type="text"/>	Autres crédits en cours	<input type="text"/>
Pension de réversion	<input type="text"/>	Personne handicapée ou âgée à charge	<input type="text"/>
Pension d'invalidité civile ou militaire	<input type="text"/>	Autres Charges	<input type="text"/>
Pension alimentaire perçue	<input type="text"/>	Prélèvements mensuels	<input type="text"/>
Loyer perçu (si propriétaire)	<input type="text"/>	Divers	<input type="text"/>
Autres revenus	<input type="text"/>		
<u>Total des ressources</u>	<input type="text"/>	<u>Total des charges</u>	<input type="text"/>
		<u>Reste à vivre</u>	<input type="text"/>

5- AIDES REMBOURSABLES OU SECOURS PERÇUS ANTÉRIEUREMENT (TF/ADO/ASD/associations) OU EN COURS

Date	Organisme	Montant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6- PIÈCES À FOURNIR

		Obligatoires
1	Carte d'identité nationale, militaire, carte du combattant	x
2	Dernier bulletin de salaire ou titre de pension et de retraite	x
3	Dernier avis d'imposition	x
4	Quittance de loyer ou avis de taxe foncière	x
5	Tout document étayant la demande (factures, devis ...)	
6	Certificat de scolarité (si demande de bourses d'études)	
7	RIB	x
8	Relevés de compte (deux mois) si un découvert bancaire est à signaler	
9	Échéanciers des crédits	

7- EXPOSÉ DU MOTIF DE LA DEMANDE

Il est nécessaire que la commission sociale juge du caractère avéré de l'urgence sociale (si possible, accompagner cette demande d'un avis d'un assistant social, d'un délégué local de l'association Terre Fraternité-Ado ou d'un représentant d'une association). Son but est d'apprécier la pertinence de la demande par rapport au budget mensuel exposé et d'évaluer au mieux la nature de l'aide à apporter.

8- ÊTES-VOUS LIÉ(E)S AUX ORGANISMES SUIVANTS (indiquer s'ils ont été saisis)

Organismes d'état :	Action Sociale des armées <input type="checkbox"/>	ONaCVG <input type="checkbox"/>				
Mutuelles :	UNEO <input type="checkbox"/>	FORTEGO <input type="checkbox"/>	Klesia <input type="checkbox"/>	Harmonie Mutuelle <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	
Assurances :	AGMP <input type="checkbox"/>	GMPA <input type="checkbox"/>	GMF <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>		
Associations :	Solidarité Défense <input type="checkbox"/>	Solidarm <input type="checkbox"/>	TEGO <input type="checkbox"/>	ANFEM <input type="checkbox"/>	Les Gueules Cassées <input type="checkbox"/>	AMYG <input type="checkbox"/>
Entraides spécifiques :	Para <input type="checkbox"/>	TDM <input type="checkbox"/>	Montagne <input type="checkbox"/>	ALAT <input type="checkbox"/>	FELE <input type="checkbox"/>	FNGM <input type="checkbox"/>
	ADOSPP <input type="checkbox"/>	Fraternité Maintenance/FNM <input type="checkbox"/>				

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations transmises

Fait à : , le : Signature