

## Evaluation socio-budgétaire

Date de l'instruction :

1/Objet de la demande	2/Organisme & dispositif sollicité

### 3/ Identité de l'agent instructeur

Territoire de Solidarité

Nom - prénom :

Téléphone :

Courriel

### 4/ Identité du demandeur

Monsieur , né le

Domicilié(e) :

Joignable au :

### 5/ Personne(s) concernée(s) par l'aide

XXX né(e) le

### 6/ Situation de la famille

XXXXX

### 7/ Références administratives

N° de sécurité sociale :

Organisme prestataire :

Numéro de Retraite :

Numéro :

MAJ FEV 2014

DEXCEP - 10220



### 8/ Composition familiale

Nom/Prénom	Sexe	Né(e) le ... à	Parenté

Naissance attendue : oui non date :

### 9/ Situation professionnelle

Nom/Prénom	Statut	Depuis le	Activité exercée

### 10/ Caractéristique du logement

	Logement actuel	Logement à venir
Type de logement		
Titre d'occupation		
Surface / Nombre de pièce		
Bailleur (Nom - Adresse)		
Accessibilité (escalier ...)		

### 11/ Accompagnement spécifique actuel

Type de mesure/d'accompagnement (Tutelle, AEMO, ASLL, etc...)	Judiciaire	Depuis le :
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

### 12/ Quotients

Nombre de personnes au foyer :

**Quotient familial**

Ressources/Nb pers.

**Quotient familial pondéré**

(Ressources - charges incompressibles)/Nb pers.

**Moyenne économique**

(Ressources - charges incompressibles & créances remboursées)/Nb pers.



**Surendettement**

	Montant dette	Remboursement	Commentaires
<input type="checkbox"/> Banque de France			
<input type="checkbox"/> Bdf Phase recommandation			
<input type="checkbox"/> Faillite civile			

**14/ Pièces justificatives vérifiées**

OUI  NON

**15/ Aides financières demandées durant les 12 derniers mois**

Aide demandée le XX/XX/XXXX Mt demandé : XX € Mt accordé XX €

**16/ Autres organismes sollicités simultanément (Autres que ceux cités ci-dessus).**

	Montant demandé	Montant accordé		Montant demandé	Montant accordé
1)			3)		
2)			4)		

Bon CAF

## 17/ Proposition de l'aide

Nom – Prénom du demandeur :  
XX

Nom(s) – Prénom(s) des individus concernés :

XX né(e) le XX/XX/XXXX

Nom – Prénom de l'individu ou organisme attributaire:  
XX

Demande :

Type d'aide	Organisme sollicité	Date de demande	Montant	
			Demandé par mois	Total
	COLLECTIVITE EUROPEENNE D ALSACE			

## 18/ Bordereau d'instruction

Le demandeur a signé le bordereau d'instruction\* :  OUI  NON

=====  
=====

## 19/ Décision de l'organisme sollicité

Le :  Favorable  Défavorable

<i>(Montant x Mois =) Total</i>		Nbr de mois	Commentaire
Demandé	Accordé		

A le : Signature :

## 20/ Evaluation sociale

<b>A. Rappel de la situation (antérieure et actuelle sur le plan familial, social, professionnel, scolaire...)</b>
<b>B. Objet de la demande (et origine des difficultés)</b>
<b>C. Perspectives et objectifs de travail (démarches réalisées, à entreprendre, évolution, accompagnement social prévu)</b>
<b>D. Avis motivé</b>

**Date et signature de l'Instructeur :**

**Date et signature du Chef de Service :**

# Bordereau d'instruction

Date de l'instruction :

1/Objet de la demande	2/Organisme & dispositif sollicité

### 3/ Identité de l'agent instructeur

Service :

Nom – prénom :

Téléphone + poste :

Mail :

Adresse :

### 4/ Identité du demandeur

Nom et prénom :

Domicilié(e) :

Joignable au :

### 5/ Personne(s) concernée(s) par l'aide


### 6/ Nom – Prénom de l'individu ou organisme attributaire

Je soussigné(e), ..... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis nécessaires à l'instruction, autorise leurs transmissions aux dispositifs sollicités, m'engage au respect des conditions liées à l'attribution de l'aide et demande, le cas échéant, le versement au(x) tiers destinataire(s).

Date et signature du demandeur