

COMITE DEPARTEMENTAL D'ACTION SOCIALE

NOTICE COMPLEMENTAIRE A LA DEMANDE DE PRÊT

1500 Euros Maximum sur 18 mois

Toute demande incomplète ne pourra pas être étudiée

En raison de nombreuses demandes, la Commission «Œuvres Sociales» du C.D.A.S a décidé de l'attribution des prêts en fonction du caractère prioritaire de la demande selon les motifs indiqués ci-dessous :

- Santé (Hospitalisation, Maladie,...)
- Accident Matériel (Incendie, Accident de la route.....)
- Baisse subite de revenus (Divorce, Maladie sans rémunération....)
- Autres

Les demandes seront étudiées par la Commission qui se réunit chaque mois, afin de satisfaire trois dossiers.

En complément à votre demande de prêt, nous vous prions de bien vouloir joindre :

- la notice complémentaire,
- tout autre justificatif permettant le bon examen de votre dossier,
- une photocopie de votre avis d'imposition ou de non-imposition,
- une copie du livret de famille.

Veillez noter que le C.D.A.S. se réserve le droit de vérifier l'exactitude des renseignements qui lui auront été fournis.

COMITE DEPARTEMENTAL D'ACTION SOCIALE

DEMANDE DE PRÊT

Toute demande incomplète ne pourra pas être étudiée

Collectivité employeur : _____

Grade ou emploi : _____

Date d'entrée : _____ / Titulaire, Stagiaire, Contractuel(le) **(Rayer les mentions inutiles)**

Je soussigné(e):

NOM : _____

Prénom : _____

Nom de Jeune Fille : _____

Tel : _____

Adresse mail : _____

Date et Lieu de Naissance : _____

Adresse : _____

Nombre d'enfant(s) à charge : _____

CHARGES - RESSOURCES

Ressources mensuelles	Charges mensuelles
Salaire du demandeur : _____	Loyer : _____
Salaire du conjoint : _____	Prêt immobilier : _____
Autres ressources : _____	Prêts divers : _____
CAF (APJE-APL-Prime d'activité) : _____	Pension versée à un conjoint ou à un enfant :
Pension : _____	Électricité : _____ Eau : _____
Autres : _____	Assurances : _____ Mutuelle : _____
	Téléphone : _____
	Autres : _____

OBJET DE VOTRE DEMANDE DE PRÊT

Objet (joindre les justificatifs à l'examen de votre demande) :

Montant sollicité : _____ € Durée du remboursement : _____ mois
Important : Les remboursements seront prélevés sur le compte ou sur le salaire ?

Fait à : _____,
le _____

Avis de la Commission «Œuvres Sociales» du C.D.A.S : _____