Accusé de réception - Ministère de l'Intérieur
02A-200095016-20251020-25-72-ASF-CCAS-DE
Accusé de réception en préfecture
Réception par le préfet : 24/10/2025
Publication : 20/10/2025

CCAS PORTIVECHJU
Centru Cumunali d'Azzioni Suciali

Centru Cumunali d'Azzioni Suciali
Stradda Pierre Coubertin
20137 PORTIVECHJU
Tel : 04.95.70.37.49.
E-mail : ccas@portivechju.corsica

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE FACULTATIVE

Aide demandée :

- ☐ Aide alimentaire
- ☐ CAP
- ☐ Chèque eau
- ☐ Portage de repas à domicile
- ☐ Aide acquisition mobilier première nécessité
- ☐ Aide financière pour situation exceptionnelle (urgence)
- ☐ Aide aux frais d'obsèques

Origine de la demande :

- ☐ Initiative individuelle
- ☐ Services sociaux de la collectivité
- ☐ Service communaux
- ☐ Autres

Nom, prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	
N° de téléphone :	
Adresse mail :	
Nom employeur :	

Situation de famille :	☐ Célibataire ☐ Concubinage ☐ Pacsé	☐ Marié ☐ Veuf ☑ Séparé	☐ Divorcé	**Logement**	☐ Locataire parc public ☐ Locataire parc privé ☐ Propriétaire ☐ Caravane, mobilhome ☐ CHRS FALEP ☐ Famille, amis ☐ Squat

NOM	Prénom	Sexe	Date de naissance	Lien de parenté	Etablissement scolaire fréquenté et classe	Situation (garde alternée, droit de visite)

Situation professionnelle

Demandeur	Conjoint
☐ *CDI* ☐ *CDD* ☐ *Intérim, saisonnier* ☐ *Temps partiel*	☐ *CDI* ☐ *CDD* ☐ *Intérim, saisonnier* ☐ *Temps partiel*
☐ *Chômage indemnisé* ☐ *Sans droit*	☐ *Chômage indemnisé* ☐ *Sans droit*
☐ *Etudiant* ☐ *Retraité* ☐ *Inapte* ☐ *Autre*	☐ *Etudiant* ☐ *Retraité* ☐ *Inapte* ☐ *Autre*

Accusé de réception - Ministère de l'Intérieur
02A-200095016-20251020-25-72-ASF-CCAS-DE
Accusé de mise exécutoire
Réception par le préfet : 24/10/2025
Publication : 20/10/2025

CCAS PORTIVECHJU
Centru Cumunali d'Azzioni Suciali

RESSOURCES

	Le demandeur	Le conjoint ou concubin	Enfant ou autre personne ayant des revenus
Salaires			
Retraites			
Allocation chômage			
Sécurité sociale (IJ, invalidité)			
RSA			
Prime d'activité			
Allocations et prestations familiales			
Allocation Adulte Handicapé			
Prestations logement			
Pensions alimentaires reçues			
Autres ressources			
Sous-total ressources	0.00	0.00	0.00
TOTAL RESSOURCES (A)			0.00

DÉPENSES

Loyer	0.00		
Accession à la propriété			
Charges locatives copropriété	0.00		
Eau			
EDF			
Assurance habitation			
Assurance automobile			
Mutuelle			
Impôts sur le revenu 1/12ème			
Téléphone, télé, internet			
Pensions alimentaires versées			
Remboursement surendettement			
Crédit à la consommation			
Crédit automobile			
Frais de transport / garderie / cantine			
Autres charges			
Sous-total dépenses	0.00	0.00	0.00
TOTAL DÉPENSES (B)			0.00

Accusé de réception - Ministère de l'Intérieur
02A-200095016-20251020-25-72-ASF-CCAS-DE
Accusé de mise exécutoire
Réception par le préfet : 24/10/2025
Publication : 20/10/2025

NOMBRE DE PERSONNES COMPOSANT LE FOYER : (C) *(cf. tableau ci-dessous)*	1

Situations familiales	Personnes sans enfant	Personnes avec enfants					
		Vivant seules			Vivant en couple		
		1 enfant	2 enfants	3 enfants	1 enfant	2 enfants	3 enfants
Célibataires	1	2	2,5	3	1,5	2	3,5
Divorcées	1	2	2,5	3	1,5	2	3,5
Veuves	1	2,5	3	4			
Mariées	2				2,5	3	4

NOMBRE DE JOURS CONSTITUANT LE MOIS	30,5

BUDGET MINIMAL JOUR : 13.00 €	
RESTE A VIVRE = (A)-(B)	0.00
RESTE A VIVRE PAR PERSONNE / PAR JOUR	0.00
*((A)-(B))/((C)*30,5)*	

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier et m'engage à aviser le CCAS de tout changement dans ma situation familiale ou professionnelle et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

Date : **Lieu :** **Signature du déclarant :**

DECISION

☐ ÉLIGIBLE ☐ NON ÉLIGIBLE

☐ ORIENTATION VERS L'ASSISTANTE SOCIALE