

# DOSSIER ACCES EPICERIE SOCIALE DU PAYS DE SAINT-OMER

## Epicerie Sociale Fixe - Site de SAINT-OMER

--	--	--	--	--	--

Nom et coordonnées du référent ou de l'agent ayant établi le dossier : \_\_\_\_\_

Commune d'intervention : \_\_\_\_\_

<b><u>Demandeur :</u></b>	<b><u>Conjoint(e) :</u></b>
Mr/Mme _____	Mr/Mme _____
Né(e) le : __/__/__	Né(e) le : __/__/__

N° CAF : _____	Tél: __/__/__/__/__
N° MSA : _____	__/__/__/__/__

### **Les personnes rattachées au foyer (les enfants, personne hébergée...)**

Nom/Prénom	Date de naissance	Lieu de scolarité / Situation

Adresse de Mr/Mme : _____ _____ _____
Date d'arrivée dans le logement : __/__/__

Date de la 1 <sup>ère</sup> demande : __/__/__	Mois d'accès : _____	_____
Date du renouvellement : __/__/__	Mois d'accès : _____	_____
Date du renouvellement : __/__/__	Mois d'accès : _____	_____
Date du renouvellement : __/__/__	Mois d'accès : _____	_____
Date du renouvellement : __/__/__	Mois d'accès : _____	_____

**Demandeur :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_/\_\_/\_\_

Ressources	Montant
Salaires / retraite	
Revenu de Solidarité Active (RSA)	
ASSEDIC	
Indemnités Sécurité Sociale	
Allocation Adultes Handicapés (AAH), AEH	
Invalidité	
Autres (prime d'activité...)	
Allocations Familiales (AF)	
Allocations Logement (AL-APL)	
Complément familial	
Pension alimentaire	
<b>TOTAL RESSOURCES</b>	

Charges	Montant
<b>Forfait charges (annexe barème)</b>	
<b>Loyer</b>	
Impôts sur le revenu	
Taxe habitation Taxe foncière	
Redevance TV	
Assurance logement	
Assurance voiture	
<b>Divers</b>	
Frais médicaux, mutuelle	
Pension alimentaire versée	
<b>TOTAL CHARGES</b>	

**Reste à vivre =** \_\_\_\_\_

### Bilan/Objectifs/Projet

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### Commune extérieure à SAINT-OMER :

le demandeur déclare ne pas bénéficier d'une aide facultative de leur commune de résidence.

**Avis :**     favorable /  défavorable     exceptionnel    **Montant de l'accord :** \_\_\_\_\_ €/ mois

**Durée de l'accord :**     1 mois /  2 mois    \_\_\_\_\_