

# 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 :<br>_____<br><br>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<br>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    \_\_\_\_\_