



## GRENOBLE ALPES MÉTROPOLE

# DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE FONDS D'AIDE AUX JEUNES

Personne suivie par mission locale      Oui Laquelle :       Non

URGENCE       Oui       Non

*Ne cocher qu'une case (si plusieurs items concernés, cocher celui dont la nécessité est la plus importante)*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alimentaire  | <input type="checkbox"/> Logement/hébergement       |
| <input type="checkbox"/> Santé  | <input type="checkbox"/> Soutien recherche d'emploi |
| <input type="checkbox"/> Transport  | <input type="checkbox"/> Permis de conduire         |
| <input type="checkbox"/> Formation (frais de formation, de scolarité, outillage, financement) | <input type="checkbox"/> En attente de paiement     |
| <input type="checkbox"/> Autres   |   |

Aide sollicitée (montant)      euros

Date de la demande

Nom du prescripteur

Cachet structure

Signature du prescripteur

*A l'attention des prescripteurs : les éléments collectés dans le présent formulaire sont à destination exclusive de l'autorité gestionnaire du FAJ et ne seront pas conservés par le prescripteur.*

## 1 – INFORMATIONS ADMINISTRATIVES DU BÉNÉFICIAIRE

### **ETAT CIVIL**

Nom

Prénoms

Homme

Femme

Date de naissance

Nationalité française /  Nationalité européenne

Titulaire d'un titre de séjour /  Récépissé demande de titre de séjour en cours de validité

Demandeur d'asile (en cours d'examen ou recours) /  Titulaire de la Protection internationale/réfugié

Situation familiale  célibataire  Pacsé(e)  veuf/veuve  séparé(e)e

vie maritale  marié(e)e  divorcé(e)e

Téléphone fixe

téléphone mobile

Courriel

Adresse complète (le cas échéant nom du tiers / structure d'hébergement)

Code Postal

Ville

### **NIVEAU DE FORMATION**

Sans diplôme, arrêt en seconde ou en première (niveaux VI, Vbis et V général)

CAP, BEP (niveau V technique)

Baccalauréat (niveau IV)

Études supérieures (niveaux III, II et I)

### **SITUATION D'ACTIVITÉ**

En emploi sous contrat de droit commun (CDI, CDD, Intérim...)

Contrat aidé (Emplois d'avenir, CUI-CAE, CUI-CIE, CIE-Starter)

Contrat en alternance, apprentissage, professionnalisation

Stage de formation professionnelle rémunéré

Stage non rémunéré

Scolarisé sans emploi, ni stage

Ni scolarisé, ni en emploi, ni en stage (dont en recherche d'emploi – inscrit ou non à Pôle emploi)

Autres Préciser

### **CONDITIONS DE LOGEMENT**

Logé(e) chez les parents

Hébergé(e) par un tiers

Logement autonome (locataire, propriétaire, colocation)

Hôtel

En foyer (FJT...)

CHRS, accueil d'urgence

Sans abri

(Nom)

(Prénoms)

## 2 – SITUATION DES PERSONNES VIVANT AU FOYER DU DEMANDEUR

	Lien de parenté	Activité ou scolarité
<b>Demandeur</b>		
<b>Personne</b>		
<b>Personne</b>		
<b>Personne</b>		
<b>Personne</b>		
<b>Personne</b>		
<b>Personne</b>		
<b>Personne</b>		
<b>Personne</b>		

### **Attributaires de l'aide autres que le demandeur : tiers ou organisme de tutelle (joindre RIB)**

Tiers Attributaire 1 : \_\_\_\_\_

Bénéficiaire concerné \_\_\_\_\_

Adresse postale du tiers \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tiers Attributaire 2 : \_\_\_\_\_

Bénéficiaire concerné \_\_\_\_\_

Adresse postale du tiers \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Autorisation de versement :**

Je soussigné(e), **autorise à verser l'aide qui me sera octroyée** aux tiers visés ci-dessus.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du demandeur

(Nom)

(Prénoms)

### 3 - INFORMATIONS BUDGÉTAIRES

#### **RESSOURCES MENSUELLES**

Préciser la période  
de référence choisie :

Les 30 derniers jours (FAJU)

Moyenne mensuelle des 3 derniers mois (FAJ)

des six derniers mois  
de l'année

Nature des revenus	Demandeur	Conjoint ou concubin	Autres personnes au foyer	Total
Salaire net				
Revenus d'activités non salariées				
Stage rémunéré				
Retraite (y compris complémentaire mensualisée)				
Préretraite				
Allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE)				
Allocation de solidarité spécifique (ASS)				
Allocation temporaire d'attente (ATA)				
Revenu de solidarité active (RSA) socle				
Revenu de solidarité active (RSA) activité				
Revenu de solidarité active (RSA) majoré				
Prime d'activité				
Allocation aux adultes handicapés (AAH)				
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)				
Prestation de compensation du handicap (PCH)				
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)				
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)				
Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)				
Pension d'invalidité				
Indemnités journalières (IJ) + complément de salaire				
Rente d'incapacité permanente mensualisée (indemnité en capital, préciser le montant et la date de versement)				
Allocation veuvage				
Prestations familiales				
Pension alimentaire				
Autres (solidarités familiales, revenus fonciers, immobiliers, bénéfiques, agricoles, bourses d'études...)				
	TOTAL RESSOURCES A			
	Aide au logement (montant à rajouter)			
	TOTAL RESSOURCES B			

#### **Aides demandées ou perçues dans les 12 derniers mois (dont FAJ/FAJU)**

Nature / Objet / Attributaire	Montant

(Nom)

(Prénoms)

**CHARGES MENSUALISÉES SUR 12 MOIS**

Charges liées au logement (C)	Montant
Loyer net (hors charges, avant aide au logement) Ou mensualité globale d'accèsion	
Charges locatives ou de copropriété	
Électricité –Gaz – Chauffage	
Eau	
Taxe foncière – Taxe d'habitation	
Assurance d'habitation	
TOTAL CHARGES C	
DIFFERENCE B - C	

Nombre de personnes comptant pour le calcul du disponible mensuel et résiduel par personne	
---	--

<b>DISPONIBLE MENSUEL PAR MENAGE</b>	
B – C - D	

<b>DISPONIBLE MENSUEL PAR PERSONNE</b>	
<u>B – C – D</u>	
Nb de personnes	

Charges autres (D)	Montant
Impôt sur le revenu	
Mutuelle	
Téléphone – Internet	
Assurance voiture	
Pension alimentaire	
Frais de garde enfant	
Autre (préciser)	
TOTAL CHARGES D	

Crédits et dettes mensualisés (saisies, prêts et indus compris) - (E)	Montant initial	Montant de la Mensualité	Solde	Date de début	Date de fin
Dossier surendettement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> En cours de constitution					
TOTAL CRÉDITS ET DETTES MENSUALISÉES E					

<b>DISPONIBLE RÉSIDUEL DU FOYER (B-C-D-E)</b>	
<b>MENSUEL DISPONIBLE PAR PERSONNE</b>	

Dettes non mensualisées	
Nature	Montant
TOTAL	

Découvert Bancaire (> 50 €)

Oui

Non

(Nom)

(Prénoms)

## 4 – ÉVALUATION – DIAGNOSTIC – PROJET\*

(Nom)

(Prénoms)

### 5 – EXPRESSION LIBRE DU DEMANDEUR\*

Vous pouvez vous inspirer des questions suivantes :

- Quels sont les évènements qui expliquent vos difficultés actuelles (chômage, maladie, accident, problèmes familiaux, autres...)
- Pouvez-vous faire appel à une solidarité familiale ?
- Avez-vous pu entreprendre des démarches pour faire face à vos difficultés ?
- Quels obstacles rencontrez-vous ?

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression aux informations qui vous concernent, en vous adressant à :

- La Métro : Grenoble-Alpes Métropole 3 rue Malakoff 38031 Grenoble cedex 1  
– courriel [donneespersonnelles@lametro.fr](mailto:donneespersonnelles@lametro.fr)

Les informations vous concernant, nécessaires au versement de l'aide, sont transmises à la Caisse d'Allocations Familiales de l'Isère, organisme chargé du paiement.

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur la présente demande sont exacts, complets et sincères.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'attributions.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\* Eviter les informations sensibles et trop personnelles