

- 1^{ère} demande
 Renouvellement

A remplir par le service

Date de dépôt du dossier: _____

Date de saisie : _____

Instructeur: _____

Total colis : _____

Dont : _____ enfants (- 14 ans)

_____ bébé

Date dernière distribution :

DIRECTION DE LA FAMILLE, DE LA PETITE ENFANCE ET DE LA COHÉSION SOCIALE
 Service Solidarité/Insertion
 Tél. 02 72.77.24.30

DEMANDE D'AIDE ALIMENTAIRE RÉGULIÈRE
"Les Paniers du Planty"

Jour des distributions : Mardi Après-Midi Jeudi Matin Vendredi Après-Midi

A compter du :

Monsieur : Nom Prénom

Date et lieu de naissance

Madame : Nom Prénom Nom de jeune fille

Date et lieu de naissance :

Adresse :

49300

Tél : Nom du Travailleur Social Référent :

Célibataire Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Vie maritale Veuf (ve)

ENFANTS A CHARGE					
NOM	Prénom	G/F*	Date de Naissance	Age	Activité/ Ressources

* Garçon ou Fille

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis sur le présent document, le Centre Communal d'Action Sociale se réservant la possibilité de me demander un complément d'informations sur ma situation financière.

A Cholet, le

Signature du demandeur :

Pièces à fournir impérativement :



Pièce d'identité, Carte de séjour,
Récépissé, Livret de famille



Justificatif de domicile :

quittance de loyer, facture : EAU, EDF,
GDF ou autres fournisseurs d'énergie
de – de 3 mois, attestation
d'hébergement....



Ressources du mois en cours pour l'ensemble des membres du foyer (enfants âgés de + 16 ans compris)

- Attestation CAF, MSA
- Contrat de travail, contrat aidé..
- Salaires
- Attestation de droits et/ou de paiement Pôle Emploi
avec détails des jours payés (ARE, ASS...)
- Avis de situation Pôle Emploi
- Indemnités CPAM (Sécurité Sociale)
- Attestation de paiement de pension d'invalidité, de retraite principale (CARSAT)
et de retraite complémentaire, de réversion
- Pension alimentaire



**Dernier avis d'impôt
sur les revenus**
De tous les membres du foyer



**Règlement intérieur des
Paniers du Planty signé**

Partie réservée au Service :

RESSOURCES DU MOIS en cours

Salaires	
Indemnités CPAM	
Indemnités Pôle Emploi	
Pensions, retraites	
Attestation des prestations C.A.F. (y compris APL ou AL)	
Autres :	
TOTAL RESSOURCES :	FORFAIT CHARGES :

Reste à vivre _____ €

Quotient Familial : _____ €

Nombre de parts :

Avis : Accord Refus

Droit accordé pour : _____ mois
A compter de :

Observations/remarques :