



Voyages

Vacances

Arbre de Noël

Culture & Loisirs

Partenaires

Offres Promotionnelles

Prestations Sociales

Evénements

Retraités

[www.cos58.fr](http://www.cos58.fr)

## DOSSIER de DEMANDE de PRESTATION EXCEPTIONNELLE

\*Cocher la case correspondante

### SITUATION FAMILIALE

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

Depuis le \_\_\_\_\_ Tél pour vous joindre rapidement \_\_\_\_\_

Nom de l'Agent \_\_\_\_\_

Nom du Conjoint \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Enfant(s) Seulement si les enfants sont toujours à charge

Nom-Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance / /

Nom-Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance / /

Nom-Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance / /

Nom-Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance / /

Nom-Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance / /

### SITUATION dans la COLLECTIVITE ou l'ETABLISSEMENT PUBLIC

N° d'adhérent \_\_\_\_\_

COMMUNE \_\_\_\_\_ ou

ETABLISSEMENT PUBLIC de \_\_\_\_\_

Temps de travail \_\_\_\_\_ / 35 h

### AUTRES COLLECTIVITES ou ETABLISSEMENTS PUBLICS EMPLOYEURS DE L'AGENT

Collectivité \_\_\_\_\_ Temps de Travail \_\_\_\_\_/35 h

Collectivité \_\_\_\_\_ Temps de Travail \_\_\_\_\_/35 h

Activité autre : Entreprise \_\_\_\_\_ Temps de Travail \_\_\_\_\_/35 h

Je certifie sur l'honneur les déclarations faites ci-dessus et ci-dessous.

Date

Signature

**DOSSIER de DEMANDE de PRESTATION EXCEPTIONNELLE**

COMPLETER LE TABLEAU DE VOTRE BUDGET CI-DESSOUS

<b>RESSOURCES DU FOYER</b>	
Salaire de l'agent	€
Salaire du conjoint	€
Autres	€
Pension alimentaire	€
Montant des prestations familiales	€
<b>TOTAL DES RESSOURCES</b>	<b>€</b>
<b>DEPENSES DU FOYER</b>	
Loyer et charges	€
Prêt immobilier	€
Electricité	€
Eau	€
Chauffage	€
Téléphone et Internet limité à 50 €	€
Assurance voiture	€
Assurance habitation	€
Impôt sur le(s) revenu(s)	€
Impôt foncier	€
Impôt locaux	€
Frais de garde enfant (garde à temps plein)	€
Mutuelle	€
Pension alimentaire	€
<b>TOTAL DES DEPENSES</b>	<b>€</b>
<b>CREDITS DIVERS (indiquer la banque ou société de crédit)</b>	
	€
	€
	€
	€
<b>TOTAL DES CREDITS</b>	<b>€</b>
<b>FAIT L'OBJET D'UN DOSSIER DE SURENDETEMENT</b>	
	€
	€
	€
	€
<b>TOTAL APUREMENT</b>	<b>€</b>

**Ce secours reste exceptionnel, et** à l'appréciation des Membres du Conseil d'administration.

Il est versé à un créancier ou sous forme de bons d'achat. Merci de nous indiquer la ou les factures à régler en priorité.  
 Avez-vous sollicité d'autres organismes ? oui ( ) \* non ( ) \*  
 (tel que CCAS, Assistante sociale de secteur...)

Si oui, préciser lesquels ? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Indiquez nous brièvement ce qui vous a été répondu ou le montant qui vous a été alloué.

Bénéficier vous du maintien de salaire      oui ( ) \* non ( ) \*

Si oui, joindre le dernier bulletin de salaire à taux plein et le justificatif d'indemnisation en cas de perte de salaire.

En cas d'arrêt de travail de plus de trois mois et de crédit(s) en cours :

Bénéficiez-vous d'une assurance prenant en charge vos échéances ? oui ( ) \* non ( ) \*

JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES A FOURNIR

( ) - Les quatre volets des feuilles d'impositions 2020 et 2021 pour vous et votre conjoint,

( ) - Avis de taxe d'habitation et taxe foncière,

( )

( ) - Vos deux derniers bulletins de salaire et ceux de votre conjoint ou concubin(e) ou liée par un pacs

( ) - Justificatifs de toutes autres ressources imposables ou non de votre foyer : prestations familiales, pension d'invalidités, rente d'accident du travail ...

( ) - Certificat de scolarité pour les enfants à partir de 17 ans

( ) - justificatifs des dépenses (voir tableau ci-joint)

( ) - facture(s) non réglée(s)

( ) - justificatif du restant à charge pour les frais de santé après remboursement (décompte assurance maladie et mutuelle)

( ) - facultatif : un courrier du Maire ou du Président appuyant votre demande.

Fait à \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Je certifie sur l'honneur les déclarations faites ci-dessus et ci-dessous.

Signature

**CADRE RESERVE AU COS 58**