



# Centre communal d'Action sociale de Marigny-Le-Lozon

## DEMANDE D'AIDE "BANQUE ALIMENTAIRE"

date de la demande:

**PIECES A FOURNIR** : Livrets de famille, cartes d'identité, dernier avis d'imposition, tous justificatifs de revenus, attestation de loyer avec son montant, notification CAF

Composition du Foyer	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe F ou M	Situation Professionnelle
<b>1</b> ↓					
<b>2</b> ↓					
<b>3</b> ↓					
<b>4</b> ↓					
<b>5</b> ↓					
<b>6</b> ↓					
<b>7</b> ↓					

Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
 Régime matrimonial : \_\_\_\_\_ (Célibataire, Marié, Pacsé, Concubin, Divorcé, Veuf)

Nom et Adresse du Service Social : CCAS, DSD, Assistante Sociale CAF, CPM, CHRS, CARSAT, ...  
 Nom du Service Social: \_\_\_\_\_ Nom du Réfèrent : \_\_\_\_\_  
 Adresse du service: \_\_\_\_\_  
 Téléphone du Réfèrent : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_

MOTIF D'ACCES			
Mettre une croix dans la case qui correspond au motif d'accès	perte d'emploi		problème de santé
	Dettes à rembourser		Séparation/divorce
	retraite/Allocation insuffisante		Rupture droits sociaux
	aucune ressource		Jeune en rupture familiale
	autre		

### SITUATION FINANCIERE

Ressources Mensuelles	Bénéficiaire	Conjoint, Concubin	Total du Foyer
Salaires ou Retraites			
Indemnités Journalières			
Chômage			
R.S.A.			
A.A.H.			
Prestations Familiales			
A.L. / A.P.L.			
Pension Alimentaire reçue			
Autres			
<b>Total Ressources</b>			

Charges Mensuelles	Bénéficiaire	Conjoint, Concubin	Total du Foyer
Loyer			
Pension Alimentaire payée			
Dossier Surendettement			
<b>Total charges</b>			

Reste à Vivre pour la Famille:			
Nombre Personnes au Foyer :	BAREME 2021 (sur la base du Reste à Vivre de la Famille)		
	Nombre de Personnes au Foyer		
<b>0</b>	1	575.00 €	1 499.00 €
	2	857.00 €	1 735.00 €
	3	1 027.00 €	1 971.00 €
	4	1 263.00 €	2 207.00 €
par Personne supplémentaire, ajouter à la ligne 8 : 236 €			

DROIT à COLIS ALIMENTAIRE jusqu'au :

**Je m'engage à être présent ou me faire représenter à chaque distribution de banque alimentaire et faire un bon usage des denrées qui me seront distribuées. Le CCAS m'a informé de la possibilité d'accéder aux données me concernant (RGPD). Je m'engage à signaler tout changement de situation, en date réelle.**

Signature du Maire ou de l' élu responsable  
CCAS

**Certifié sincère et véritable la présente déclaration,**  
**A Marigny-Le-Lozon, le**  
Signature du bénéficiaire précédée de la mention manuscrite "**Lu et approuvé**"



Observations :

## Modèle de formulaire de recueil de consentement (RGPD)

« Les informations recueillies par l'association ou le CCAS sont enregistrées dans un fichier informatisé ou dans un fichier manuscrit par les bénévoles en charge des inscriptions.

La tenue d'un fichier des bénéficiaires inscrits est une nécessité et une obligation légale pour le fonctionnement de notre activité d'aide alimentaire afin :

- d'organiser l'approvisionnement en aliments de façon à adapter les quantités de nourriture à la composition des familles.
- de chiffrer l'activité de notre association pour justifier nos actions auprès de nos partenaires.

Les informations recueillies sont conservées pendant 2 ans par notre structure et peuvent être consultées par le responsable de la distribution des denrées et le président de notre structure.

Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant, les faire rectifier, les faire effacer ou les transférer à un tiers, en contactant :

.....  
(Personne en charge du droit d'accès pour votre association ou CCAS)

.....ou par mail

.....

En outre, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), 3 Place de Fontenoy-TSA 80 715 – 75 334 Paris Cedex 07. »

Date : ..... / ..... / .....

NOM et Prénom : .....

Signature :