



## B. REVENUS ET DÉPENSES DE TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE

### 4. REVENUS MENSUELS - Veuillez indiquer les montants précis et non-arrondis

● **Du demandeur :**

- traitement net (**joignez une copie de la dernière fiche de traitement**) : ..... €/mois

- autres (**joignez une attestation/extrait de compte**) : ..... €/mois  
(précisez s.v.p. - ex. : accident de travail, mutuelle, complément chômage)

● **Votre conjoint(e) ou assimilé(e) perçoit-il/elle des revenus propres ?**  OUI  NON si oui, précisez lesquels et leur montant  
**Pour les indépendants, joignez le dernier calcul d'imposition et pour les salariés une copie de la dernière fiche de salaire.**

..... €/mois

..... €/mois

..... €/mois

● **Allocations familiales :** ..... €/mois

● **Pension alimentaire (+ le nom de l'enfant) :** ..... €/mois

..... €/mois

..... €/mois

● **Enfants - revenus propres (précisez lesquels s.v.p.) :** ..... €/mois

..... €/mois

..... €/mois

● **Bénéficiez-vous d'autres ressources ?**  OUI  NON Si oui, merci d'en préciser la nature et le montant mensuel  
(ex. : revenus de locations, autres allocations sociales diverses etc.)

..... €/mois

..... €/mois

**TOTAL :** ..... €/mois

### 5. DÉPENSES MENSUELLES

● **Logement :**

Loyer ..... €/mois

Prêt hypothécaire ..... €/mois  
Durée : du  /  /  au  /  /

Précompte immobilier ..... €/mois

● **Charges :**

Eau ..... €/mois

Gaz/Électricité ..... €/mois

Chauffage ..... €/mois

●  **Pension alimentaire** ..... €/mois

● **Communication :**

Téléphone (fixe et mobile) ..... €/mois

Internet/TV ..... €/mois

●  **Règlement Collectif Dettes** ..... €/mois  
jusque  /  /

●  **Autres prêts :**

(Type) : ..... €/mois  
Durée : du  /  /  au  /  /

(Type) : ..... €/mois  
Durée : du  /  /  au  /  /

(Type) : ..... €/mois  
Durée : du  /  /  au  /  /

●  **Autres dépenses :**

..... €/mois

..... €/mois

..... €/mois

..... €/mois

**TOTAL :** ..... €/mois

## C. ASSURANCES

### 6. ASSURANCES - "HOSPITALISATION" ET/OU "SOINS DENTAIRES"

● **Assurance "hospitalisation" ou autre ?**  OUI  NON

**Si oui :** Nom de l'organisme : ..... Bénéficiaires : .....

● **Assurance "soins dentaires" complémentaire ?**  OUI  NON

**Si oui :** Nom de l'organisme : ..... Bénéficiaires : .....

Si des remboursements ont été effectués pour une demande nous concernant, **joindre une copie de la (des) décision(s).**

Je soussigné(e) : **Nom :** ..... **Prénom :** .....

déclare sur l'honneur que les renseignements donnés dans ce formulaire sont sincères et complets.

À ..... le  /  /

Les renseignements que vous fournissez dans ce formulaire sont recueillis pour l'établissement de votre qualité de bénéficiaire du SSC et déterminer une éventuelle intervention financière. Notre politique en matière de protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère se fonde sur le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (aussi connu sous l'acronyme RGPD). Pour consulter ou rectifier les renseignements qui vous concernent, adressez-vous au SSC.

Signature