

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 ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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
● Enfants - revenus propres (précisez lesquels s.v.p.) :	.....	€/mois
.....	.....	€/mois
● Bénéficiez-vous d'autres ressources ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 :			● <input type="checkbox"/> Autres prêts :			
<input type="checkbox"/> Loyer	.....	€/mois	(Type) :	.....	€/mois	
<input type="checkbox"/> Prêt hypothécaire	.....	€/mois	Durée : du	□□ / □□ / □□□□	au	□□ / □□ / □□□□
Durée : du	□□ / □□ / □□□□	au	□□ / □□ / □□□□			
<input type="checkbox"/> Précompte immobilier	.....	€/mois	(Type) :	.....	€/mois	
.....	.....	€/mois	Durée : du	□□ / □□ / □□□□	au	□□ / □□ / □□□□
● Charges :			(Type) :	.....	€/mois	
<input type="checkbox"/> Eau	.....	€/mois	Durée : du	□□ / □□ / □□□□	au	□□ / □□ / □□□□
<input type="checkbox"/> Gaz/Électricité	.....	€/mois				
<input type="checkbox"/> Chauffage	.....	€/mois	● <input type="checkbox"/> Autres dépenses :			
.....	.....	€/mois	.....	.....	€/mois	
● <input type="checkbox"/> Pension alimentaire	.....	€/mois	.....	.....	€/mois	
.....	.....	€/mois	.....	.....	€/mois	
● Communication :			.....	.....	€/mois	
<input type="checkbox"/> Téléphone (fixe et mobile)	.....	€/mois	.....	.....	€/mois	
<input type="checkbox"/> Internet/TV	.....	€/mois	.....	.....	€/mois	
● <input type="checkbox"/> Règlement Collectif Dettes	.....	€/mois	.....	.....	€/mois	
.....	.....	€/mois	TOTAL :		€/mois	
jusque	□□ / □□ / □□□□					

C. ASSURANCES

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

● Assurance "hospitalisation" ou autre ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui : Nom de l'organisme :	Bénéficiaires :
● Assurance "soins dentaires" complémentaire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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