



LE DÉPARTEMENT

D É L É G A T I O N G É N É R A L E A U X S O L I D A R I T É S

DIRECTION DE L'AUTONOMIE

OBLIGATION ALIMENTAIRE

FORMULAIRE DESTINE A L'EVALUATION DE L'AIDE ALIMENTAIRE
POUVANT ETRE APPORTEE A LA PERSONNE POUR LAQUELLE L'AIDE EST DEMANDEE

Joindre à l'appui du présent document les pièces justificatives suivantes :

• *Pour les ressources :*

- copie intégrale de l'avis non-imposition,
- ou copie de la déclaration de revenus de l'année en cours,
- ou copies des 3 derniers bulletins de paie,
- ou copies de tout document justifiant de vos ressources (attestations C.A.F., ASSEDIC...)
- ou copies des justificatifs des montants des pensions et retraites,
- ou si l'obligé alimentaire est agriculteur, copies des justificatifs de la superficie cultivée, la nature, la répartition des cultures et l'importance du cheptel.

• *Pour les charges :*

- copie intégrale de l'avis d'imposition sur le revenu,
- copie de la taxe foncière,
- copie de la taxe d'habitation,
- copies du dernier loyer et des charges locatives,
- copies des prêts immobiliers,
- s'il y a des enfants étudiants, copies des justificatifs de déduction des charges,
- copies des autres obligations alimentaires s'il y a lieu.

DIRECTION DE L'AUTONOMIE

A remplir par la Direction de l'Autonomie
du bénéficiaire éventuel

DÉPARTEMENT _____

N° DE DOSSIER : _____

Nom et prénom
du bénéficiaire éventuel _____

DATE

Jour	Mois	An

C.E.R.F.A. N° 61-2134

Monsieur le Maire, Président du Centre Communal d'Action Sociale d
prie Monsieur le Maire, Président du Centre Communal d'Action Sociale d
de bien vouloir faire remplir d'urgence la présente formule par l'intéressé et donner son avis sur les renseignements fournis et sur
les possibilités de celui-ci de venir en aide au bénéficiaire éventuel.

DÉBITEUR ÉVENTUEL D'OBLIGATION ALIMENTAIRE

NOM	PRÉNOM	
Date et lieu de naissance		
Nationalité	Situation de famille	
Parenté avec le bénéficiaire éventuel	Profession ou activité	
N° et voie	Commune	Code postal et bureau distributeur

ADRESSE

PERSONNES A CHARGE

NOM - PRÉNOM	ANNÉE DE NAISS.	PARENTÉ AVEC LE DÉBITEUR ÉVENTUEL	MONTANT IMPOSITION			
			Impôts sur le revenu	Taxe d'habitation	Taxes foncières	Taxe professionnelle
Le débiteur lui-même						
PERSONNES VIVANT AU FOYER						
PERSONNES VIVANT HORS DU FOYER						

Je déclare

- aider actuellement ou pouvoir venir en aide à _____ dans les conditions exposées en dernière page
- ne pas pouvoir remplir les obligations imposées par les articles 205 et suivants du Code civil pour les motifs exposés en dernière page.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent document, et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

A _____, le _____
Signature du débiteur éventuel.

CAPITAL DU FOYER

A – BIENS IMMOBILIERS

Adresse précise :

NON BÂTI

Surface

BÂTI

Nature

Nombre de pièces

Surface des locaux

Valeur estimée

B – BIENS MOBILIERS ET ÉPARGNE

LIVRETS ET COMPTES productifs d'intérêts

CAPITAL PLACÉ

Numéro

Nature

Actions

Montant

Montant

C – BIENS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DONATION, PARTAGE OU VENTE dans les 10 ans précédant la demande.
(Nature et lieu des biens, nom et adresse des bénéficiaires, valeur déclarée, date, nom du notaire, clause, valeur annuelle.)

EXPLOITATIONS

RAISON SOCIALE ET ADRESSE

N° SIREN

CHEPTEL
- Nature
- Quantité

SUPERFICIE

CHIFFRE D'AFFAIRES
des 12 derniers mois

VALEUR ESTIMÉE
DU FONDS

MONTANT DU LOYER

NOMBRE OUVRIER
- Permanents
- Saisonniers

COMMERÇANTS ET ARTISANS

PROPRIÉTAIRE
LOCATAIRE
FERMIER
MÉTAYER
GÉRANT

EXPLOITANTS AGRICOLES

LEURS RESSOURCES

NATURE ET MONTANT ANNUEL DES REVENUS

CHARGES MENSUELLES

Salaire ou bénéfice déclaré

Allocations diverses

Pensions et retraites

Revenus du capital et autres

TOTAL

Loyer et charges relatifs à l'habitation :

Autres obligations alimentaires :

Autres charges :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Habitations : nombre de pièces :
surface habitable :

Voitures automobiles :

Tourisme CV Année de première mise en circulation

Utilitaire CV Année de première mise en circulation

Autres renseignements :

Le Maire soussigné, certifie l'exactitude de l'identité des personnes et des renseignements fournis. Il estime, en outre, que l'intéressé

● pourrait venir en aide au bénéficiaire éventuel jusqu'à concurrence de _____

● ne pourrait venir en aide au bénéficiaire éventuel pour les raisons suivantes :

_____ A _____, le _____

Signature du Maire,

Cachet

