



DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE

Pour les situations de difficultés financières suite à un évènement imprévisible

Conditions d'attribution :

- Être bénéficiaire du SASPA
- Bénéficiaire de l'allocation supplémentaire (ex. Fonds national de solidarité)
- Ne pas avoir la qualité de veuve de guerre (aides accordées par l'Office Départemental des anciens combattants)
- Ne pas avoir de dettes envers le SASPA
- Disposer de capitaux mobiliers inférieurs à 3 000 € (total du solde de tous les comptes bancaires et placements divers)

Ce document doit être dûment complété et retourné **avec tous les justificatifs** à l'adresse suivante :

Site de numérisation SASPA
15 avenue Paul Doumer
54507 Vandoeuvre-lès-Nancy cedex

DEMANDEUR	Numéro de sécurité sociale : _____ (Numéro sur la carte vitale)
	Nom : _____
	Prénoms : _____
	Adresse : _____
	Code Postal : _____ Ville : _____
	Téléphone : _____
	Situation familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
CONJOINT	Numéro de sécurité sociale : _____ (Numéro sur la carte vitale)
	Le conjoint est-il : <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Allocataire du SASPA

AIDE SOLLICITEE	Êtes-vous bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ?** <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>versée par le Conseil départemental</i> Si oui, GIR _____
	Avez-vous sollicité une aide d'un autre organisme ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Nature de la dépense : _____
	Montant sollicité : _____ €

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage : - à faciliter toute enquête pour les vérifier,
- à vous faire connaître immédiatement toute modification de ma situation.

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la sécurité sociale.

Fait à : _____ Le : ____/____/____

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance retraite. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL). La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 à 441-9 du code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti ou non au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la sécurité sociale.

Signature du demandeur :

JUSTIFICATIFS Toutes les pièces doivent être fournies obligatoirement	Rapport social établi par un CCAS (<i>Evaluation de votre situation par un travailleur social</i>)
	Facture au nom du demandeur
	Justificatif d'aides éventuelles des autres organismes sollicités
	Déclaration de ressources complétée et signée
	** Plan d'Aide Personnalisé (PAP) accordé par le Conseil départemental <i>si vous bénéficiez de l'APA</i>



DECLARATION DE RESSOURCES ESCO06707

DEMANDEUR	Numéro de sécurité sociale : _ (Numéro sur la carte vitale)
	Nom : _____
	Prénoms : _____
	Adresse : _____
	Code Postal : _ _ _ _ _ _ Ville : _____

**❖ Montants sur les comptes bancaires, capitaux mobiliers ou valeurs mobilières placés
(imposables ou non)**

	Solde du compte Indiquez le montant présent sur chaque compte au moment de la demande
Compte courant	
Livret A	
Livret B	
Compte épargne sur livret	
Livret d'Epargne Populaire (LEP)	
Livret de Développement Durable et Solidaire (LDDS)	
Obligations - Actions	
Plan Epargne en Action (PEA)	
Plan Epargne Logement (PEL)	
Compte Epargne Logement (CEL)	
Comptes à terme (CAT)	
Autres (assurance-vie, etc.)	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage : - à faciliter toute enquête pour les vérifier,
- à vous faire connaître immédiatement toute modification de ma situation.

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la sécurité sociale.

Fait à : _____ Le : ____/____/____

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance retraite. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL). La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 à 441-9 du code pénal).
En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti ou non au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la sécurité sociale.

Signature du demandeur :