



## IMPRIME DE DEMANDE D'AIDE A L'AUTONOMIE DES JEUNES

A retourner avec tous les justificatifs nécessaires à l'examen du dossier :

**CMCAS de LYON**  
Action Sanitaire et Sociale  
CS 50155  
30 Rue Bellecombe  
69456 LYON Cedex 06

### 1/ DEMANDEUR

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

N.I.A. : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... N° Tél. : .....

Vous êtes CELIBATAIRE  Vous êtes MARIE (E)  Vous êtes DIVORCE (E)

Vous êtes SEPRE (E)  Vous êtes VEUF (VE)  Vous êtes partenaire d'un PACS

### 2) AYANT DROIT

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse (à préciser si différente de l'ouvrant droit).....

Code Postal : ..... Ville : ..... N° Tél. : .....

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de :

l'allocation de **90 euros par an** pour participation aux frais de la **Cotisation de Vie Étudiante**

l'allocation mensuelle (montant calculé selon le coefficient social de mon dernier avis d'imposition)

## 2/ DOCUMENTS A FOURNIR

• Dernier Avis d'imposition,

**ET** (*selon la situation de l'ayant droit*)

- Certificat de scolarité,
- Contrat d'apprentissage ou contrat de qualification,
- Attestation d'inscription à Pôle Emploi,
- Attestation du non paiement de l'allocation chômage,
- Attestation de paiement de la Cotisation de Vie Étudiante,
- Notification d'attribution de bourse,

**Je souhaite que cette prestation soit versée sur le compte de mon ayant droit**

OUI       NON

**Si OUI, je complète l'imprimé de demande d'autorisation de payer des prestations à un tiers et je joins un IBAN BIC (RIP, RIP, RICE).**

**J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.**

**Fait à :** ..... **le :** ...../...../.....

**Signature du demandeur :**

---

## 3/ CADRE RESERVE A LA CMCAS

**COEFFICIENT SOCIAL :** .....

**% de PARTICIPATION (de 10% à 90%) :**.....

**Allocation mensuelle, participation du fonds d'action sanitaire et sociale :** .....

**Allocation annuelle, participation du fonds d'action sanitaire et sociale :**.....

**A COMPTER DU :** .....

**JUSQU'AU :** .....

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS. Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS.  
Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :  
CCAS – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX.  
Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.