

Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Rue : _____ NPA/localité : _____

Tél : Nationalité :

Courriel :

Statut de séjour :

☐ C ☐ B ☐ Admis prov F ☐ Admis prov F - réfugiés ☐ Autres ☐ Sans permis

Sexe ☐ F ☐ M Date de naissance : _____ Etat civil : _____

Nom et prénom du conjoint : _____

Nombre d'enfant dans le même ménage : _____ Nombre de bénéficiaires : _____

Description de la situation / justification / cause de la détresse financière

[illegible]



Type de soutien : ☐ loyer ☐ santé ☐ subsistance ☐ divers (plusieurs possibilités)

Montant demandé : _____ (max 1000.- CHF)

Détail du versement : ☐ _____
: ☐ _____
: ☐ _____
: ☐ _____

En cas de montant supérieur à 1000 CHF, indiquer le nom et montant des autres institutions sollicitées :

☐ _____
☐ _____
☐ _____

En apposant sa signature, le/la conseiller/ère confirme avoir examiné les documents justifiants la détresse financière du bénéficiaire sur lesquels la demande et le budget se fondent.

Institution : _____

Nom de la personne de référence : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Signature : _____

En apposant votre signature, vous confirmez avoir communiqué des informations conformes à la vérité, n'avoir caché aucune donnée concernant vos revenus et votre situation financière. Vous confirmez que la CRS peut comparer votre nom et adresse avec d'autres organisations pour éviter les abus.

Lieu, date _____ Signature _____

Annexes :

- Budget selon normes CSIAS
- Justificatifs : revenus, bail, caisse maladie, avis taxation,...
- Factures / devis





BUDGET MENSUEL

REVENUS

Revenu net du demandeur
Revenu net du conjoint
Pension alimentaire
Rentes AI - AVS
Rentes OCPA
Indemnités chômage
Allocations familiales
Allocations d'études ou d'apprentissage
Allocations logement
Aide sociale
Autres revenus (précisez)

Total

DEPENSES

Loyer (charges comprises)
Electricité, gaz
Téléphone
Assurance maladie des parents
Assurance maladie des enfants
Autres assurances
Pension alimentaire
Transports
Impôts (acompte provisionnel)
Remboursement mensuel d'emprunt(s)
Autres dépenses :

Total

SOLDE

--

Poursuite en cours : non ☐ oui ☐ montant

Créanciers : _____

--

Nom, Prénom : _____ Nbre bénéficiaires : _____

Date : _____ Signature : _____

