



DIRECTION DE LA SOLIDARITE  
3, Rue François de Guise  
B.P. 504  
55012 BAR LE DUC CEDEX

## FICHE DE SAISINE SERVICE INSERTION ET DEVELOPPEMENT SOCIAL

Demande de: MASP avec Gestion

Mesure de versement direct

### Commission de Suivi Budgétaire

Demande de : MASP Simple

de suivi budgétaire

Aide à l'élaboration dossier de surendettement

#### IDENTIFICATION DE L'INSTRUCTEUR

NOM :  
Qualité :

Structure :



#### IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

NOM :  
Prénom :  
Coordonnées :

#### IDENTIFICATION DU OU DES BENEFICIAIRE(S)

NOM :  
Prénom :

DATE DE LA DEMANDE :

#### COMPOSITION DE LA FAMILLE :

NOM - PRENOM	DATE NAIS.	SITUATION PROFESSIONNELLE/SCOLAIRE	LIEN DE PARENTE AVEC LE DEMANDEUR
Demandeur : - .....	.....	.....	.....
Autres personnes du foyer : - .....	.....	.....	.....
- .....	.....	.....	.....
- .....	.....	.....	.....
- .....	.....	.....	.....
- .....	.....	.....	.....
- .....	.....	.....	.....
- .....	.....	.....	.....

#### ADRESSE :

.....  
.....  
.....

#### SITUATION FAMILIALE :

- |                                       |                                     |                                   |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Marié(e)     | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) | <input type="checkbox"/> en cours |
| <input type="checkbox"/> Célibataire  | <input type="checkbox"/> Séparé(e)  | <input type="checkbox"/> en cours |
| <input type="checkbox"/> Vie Maritale | <input type="checkbox"/> Veuf(ve)   |                                   |

Depuis le : .....

#### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

- Caisse Sécurité Sociale :	- N° Allocataire C.A.F. :
- N° Sécurité Sociale :	- N° Immatriculation ASSEDIC :

#### LOGEMENT :

Depuis le :

- |  |  |                               |
|--|--|-------------------------------|
| - Locataire <input type="checkbox"/>               | - Logement Collectif <input type="checkbox"/>  | - Nombre de pièces            |
| - Accédant à la propriété <input type="checkbox"/> | - Logement Individuel <input type="checkbox"/> |                               |
| - Propriétaire <input type="checkbox"/>            | - Parc public : <input type="checkbox"/> SAVTB | <input type="checkbox"/> OPAC |
| - Hébergé par un tiers <input type="checkbox"/>    | - Parc privé : <input type="checkbox"/>        |                               |

Préciser :

Nom et adresse du propriétaire :

- Autre

Préciser :

## ÉTAT DES RESSOURCES MENSUELLES

Ressources Prévisionnelles  
(ressources de l'année divisées par 12)

RESSOURCES REELLES  
DU MOIS  
DU DEPOT DE LA DEMANDE

### RESSOURCES PROFESSIONNELLES (... préciser personne concernée...)

- Salaire .....	.....	.....
Date de fin de contrat : .....	.....	.....
- Formation .....	.....	.....
- Allocation de Retour à l'Emploi .....	.....	.....
- Allocation Reclassement Formation .....	.....	.....
- Allocation de Solidarité Spécifique .....	.....	.....
- Allocation d'Insertion .....	.....	.....
- Indemnités journalières .....	.....	.....
- Bénéfices industriels/commerciaux .....	.....	.....
- Autres (préciser) .....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**S/Total Ressources Professionnelles** .....

### PRESTATIONS FAMILIALES

- Allocations Familiales .....	.....	.....
- Complément Familial .....	.....	.....
- Allocation de Soutien Familial .....	.....	.....
- Allocation de Parent Isolé .....	.....	.....
- Prestation Accueil Jeune Enfant .....	<input type="checkbox"/> Prime de naissance .....	.....
	<input type="checkbox"/> Allocation .....	.....
- Allocation Jeune Enfant .....	.....	.....
- Allocation Parentale d'Education .....	.....	.....
- Allocation d'Education Spéciale .....	.....	.....
- Allocation de Rentrée Scolaire .....	.....	.....
- Allocation Logement .....	.....	.....
- Aide Personnalisée au Logement .....	.....	.....
- Autres (préciser) .....	.....	.....

**S/Total Prestations Familiales** .....

### AUTRES RESSOURCES

- Revenu Minimum d'Insertion .....	.....	.....
- Rente Accident du Travail .....	.....	.....
- Allocation Adulte Handicapé .....	.....	.....
- Pension d'invalidité .....	.....	.....
- Pension de retraite .....	.....	.....
- Allocation Veuvage .....	.....	.....
- Pension Alimentaire .....	.....	.....
- Prestation compensatoire .....	.....	.....
- Pension Alimentaire versée aux parents par les enfants salariés vivant au foyer .....	.....	.....
- Allocation Supplémentaire .....	.....	.....
- Allocation Personnalisée d'Autonomie .....	.....	.....
- Allocation Compensatrice Tierce Personne .....	.....	.....
- Bourses Scolaires .....	.....	.....
- Autres (préciser) .....	.....	.....
.....	.....	.....

**S/Total Autres Ressources** .....

**TOTAL RESSOURCES** .....

**(A)**

## ETAT DES CHARGES MENSUELLES

	CHARGES PREVISIONNELLES (charges de l'année divisées par 12)	CHARGES REELLES DU MOIS
<b>CHARGES LIEES AU LOGEMENT</b>		
- Loyer .....	.....	.....
- Charges locatives .....	.....	.....
- Accession à la propriété .....	.....	.....
- Chauffage de quel type : <input type="checkbox"/> individuel <input type="checkbox"/> collectif		
<input type="checkbox"/> Bois <input type="checkbox"/> Electrique <input type="checkbox"/> Fuel <input type="checkbox"/> Gaz		
- Electricité .....	.....	.....
- Eau .....	.....	.....
- Ordures Ménagères .....	.....	.....
- Assurance Incendie .....	.....	.....
- Taxe Habitation .....	.....	.....
- Taxe Foncière .....	.....	.....
- Autres (préciser) .....	.....	.....
- .....	.....	.....
<b>S/Total charges liées au logement (1)</b>	.....	.....

<b>AUTRES CHARGES</b>		
- Redevance T.V. ....	.....	.....
- Impôts sur le revenu .....	.....	.....
- Mutuelle .....	.....	.....
- Assurance Voiture .....	.....	.....
- Assurance Vie .....	.....	.....
- Frais de déplacement .....	.....	.....
- Frais de Scolarité .....	.....	.....
- Frais de Garde d'enfants .....	.....	.....
- Téléphone .....	.....	.....
- Pension Alimentaire .....	.....	.....
- Frais d'hébergement .....	.....	.....
- Autres (préciser).....	.....	.....
- .....	.....	.....
<b>S/Total autres charges (2)</b>	.....	.....

**CREDITS ET/OU DETTES FAISANT L'OBJET D'UN PAIEMENT ECHELONNE** (Plan d'Apurement/Dossier de surendettement)

- Montant total remboursé mensuellement ..... (3) .....

(Compléter et joindre l'annexe 1)

<b>TOTAL CHARGES (1 + 2 + 3)</b>	.....	..... (B)
----------------------------------	-------	-----------

**DETTES NON REMBOURSEES**

- Montant total des dettes ..... (Compléter et joindre l'annexe 1)

**FORFAITS** (voir notice)

Quotient familial =  $\frac{\text{Total des ressources réelles (A)} - \text{Total des Charges (B)}}{\text{Nombre de part (nombre de personnes au foyer)}}$  = .....

**DETAIL DES DETTES ET CREDITS ET ECHEANCIERS**

**CREDITS ET/OU DETTES FAISANT L'OBJET D'UN PAIEMENT ECHELONNE (PLAN D'APUREMENT OU DOSSIER DE SURENDETTEMENT) :**

NATURE CREDIT(S) ET/OU DETTE(S)	MONTANT TOTAL	MONTANT MENSUEL DES REMBOURSEMENTS	DATE DEBUT DE REMBOURSEMENT	DATE FIN DE REMBOURSEMENT	MONTANT RESTANT DU
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
	<b>Total :</b>			<b>Total (1)</b>	

**DETTES NON REMBOURSEES :**

NATURE DES DETTES (PRECISER SI POURSUITES EN COURS)	MONTANT
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
	<b>Total (2) :</b>

**MONTANT TOTAL DES DETTES DUES A CE JOUR (1 + 2)**  
\_\_\_\_\_

**EVALUATION DU TRAVAILLEUR SOCIAL EN VUE D'UNE MESURE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL PERSONNALISE**

**① Vérification des conditions d'éligibilité :**

➤ Prestation(s) sociale(s) versée(s) à la personne : .....

.....

.....

.....

➤ Adhésion du futur bénéficiaire :             oui             non

➤ Evaluation des difficultés de gestion et de leurs conséquences prévisibles sur la sécurité et la santé de la personne et de sa famille :

**② Accompagnements existants ou possibles :**

<b>Accompagnements sociaux antérieurs (dans les 5 dernières années)</b>		
Date début / Date fin	Type d'accompagnement	Résultats

**Mesures d'accompagnement social dont bénéficie actuellement la personne**

Type de mesure (mettre en priorité les mesures d'accompagnement social lié au logement)	Objectifs	En quoi la mesure peut répondre au difficultés recensées

Membres de l'entourage familial susceptibles de soutenir les personnes dans leurs difficultés

Capacité à tenir ce rôle

--	--

**③ Préconisations :**

**Accompagnement par un membre de la famille ou un proche :**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

Un soutien technique est-il nécessaire ?  oui  non  
Lequel :

**Ajustement des objectifs des mesures en cours (concerne essentiellement les mesures liées au logement) :** compléter le tableau des objectifs ci-dessous

**Suivi budgétaire simple :** compléter le tableau des objectifs ci-dessous

**M.A.S.P. simple :** compléter le tableau des objectifs ci-dessous

**M.A.S.P. avec gestion.** Montant de la participation à la charge du bénéficiaire : .....  
Compléter le tableau des objectifs ci-dessous

**Mesure de versement direct en raison de :**

- oui  non : Refus de la MASP  
 oui  non : Impayé de loyer / charges depuis au moins deux mois  
 oui  non : La mesure de versement direct ne privera pas la famille de ses moyens de subsistance

Compléter le tableau des objectifs ci-dessous

OBJECTIFS	
Objectif n°1	
Objectif n°2	
Objectif n°3	
Objectif n°4	
Objectif n°5	

Le .. / .. / ..  
SIGNATURE DU OU DES BENEFICIAIRE(S)

Le .. / .. / ..  
SIGNATURE DE L'INSTRUCTEUR







**EVALUATION DU TRAVAILLEUR SOCIAL EN VUE D'UNE DEMANDE D'INTERVENTION DU CESF**

**❶ Domaines sur lesquels l'intervention du CE.S.F. est sollicitée :**

- Constitution d'un dossier de surendettement
- Gestion de la vie quotidienne (organisation du temps, des papiers, de la maison)
- Habitat
- Equiperment de la maison
- Budget
- Santé, hygiène de vie
- Alimentation
- Habillement
- Loisirs

**❷ Exposé de la situation :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**❸ La famille est elle en accord avec cette proposition ?**

Oui  Non Préciser :.....

.....

.....

Le .././...  
Signature du ou des bénéficiaire(s)

Le .././...  
Signature de l'instructeur