

1<sup>ère</sup> demande

Renouvellement

### A – IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse de domicile \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Situation familiale :

Célibataire    Marié(e)    Union libre    Pacsé(e)    Divorcé(e)    Veuf(ve)

### B – COMPOSITION ET RESSOURCES DU FOYER

Nombre de personnes composant le foyer (y compris le demandeur)

Nombre d'enfants à charge \_\_\_\_\_ Précisez leurs âges \_\_\_\_\_

Etes-vous indemnisé comme demandeur d'emploi    Oui    Non

Bénéficiez-vous de minima sociaux :

RSA    Prime d'activité    AAH    Autre

Votre revenu professionnel moyen mensuel (rémunération liée à l'activité) :

En 2019    €    En 2020    €

Ressources du foyer en euros (d'octobre à la date du dépôt du dossier) :

		Oct. 2020	Nov. 2020	Déc. 2020	Jan. 2021	Fév. 2021	Mars 2021	Avril 2021	Mai 2021	Juin 2021	Juil. 2021	Août 2021	Sept. 2021
<b>REVENUS DU DEMANDEUR</b>	Votre revenu professionnel												
	Minima sociaux (RSA, Prime d'activité, AAH)												
	Allocation Pôle Emploi (ARE...)												
	Indemnités journalières												
	Autres revenus (CDD, Intérim, Retraite...)												
<b>REVENUS DU FOYER</b>	Revenus du conjoint												
	Autres revenus (locatifs, dividendes...)												
<b>TOTAL</b>													

Description des difficultés rencontrées pour subvenir aux besoins du foyer (situation, charges et dépenses loyer, habitation, pension alimentaire, autres...) :

## C – IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR INDEPENDANT, ARTISAN, COMMERÇANT OU AGRICULTEUR

Raison sociale

Date de création

Activité de l'établissement

Adresse de l'établissement

Téléphone

SIREN

Nom du responsable de l'établissement

Forme juridique :

Micro-entreprise

Entreprise individuelle

EURL

SARL

SAS

SA

Effectif salarié

Statut d'occupation des locaux :

Propriétaire

Locataire

## D – PERTE D'EXPLOITATION

L'établissement a fait l'objet d'une interdiction d'accueil du public :

Oui

Non

Perte de chiffre d'affaires constatée en euros (d'octobre à la date du dépôt du dossier) :

MOIS	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mar	Avri	Mai
CA en 2019-2020								
CA en 2020-2021								
Écart en €								
Écart en %								

Description du préjudice subi ayant entraîné la perte d'exploitation :

## E – AIDES PERÇUES

L'établissement a bénéficié de Fonds de solidarité national :

Oui

Non

Si non préciser la raison

MOIS	Oct. 2020	Nov. 2020	Déc. 2020	Jan. 2021	Fév. 2021.	Mars 2021	Avril 2021	Mai 2021
ÉTAT : Fonds de solidarité								
ÉTAT : autre à préciser*								
RÉGION : à préciser*								
AUTRES : URSSAF, AGEFIPH... à préciser*								
<b>TOTAL</b>								

\* précisez

## F – JUSTIFICATIFS À FOURNIR

- Copie de toute pièce établissant la régularité du séjour du demandeur sur le territoire national (carte d'identité, passeport, titre de séjour)
- RIB **personnel** du demandeur à l'adresse du domicile actuel

Le dépôt des dossiers se fera à l'adresse mail suivante : [prevention.precarite@cd31.fr](mailto:prevention.precarite@cd31.fr)  
**Tout dossier incomplet ne pourra être présenté en commission. Merci de vérifier avant envoi.**

---

### Attestation sur l'honneur

Je soussigné.e M., M<sup>me</sup>  
atteste sur l'honneur que l'ensemble des déclarations du dossier de demande transmis  
au Conseil départemental de la Haute-Garonne sont exactes.

Signature

---

*Je reconnais être informé.e que le fait de faire une fausse déclaration m'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à 2 ans d'emprisonnement et 30 000 € d'amende.*

**À noter :** le service instructeur pourra être amené à vous demander des pièces complémentaires et/ou justificatives pour permettre l'examen de votre situation.

