

1^{ère} 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
REVENUS DU DEMANDEUR	Votre revenu professionnel												
	Minima sociaux (RSA, Prime d'activité, AAH)												
	Allocation Pôle Emploi (ARE...)												
	Indemnités journalières												
	Autres revenus (CDD, Intérim, Retraite...)												
REVENUS DU FOYER	Revenus du conjoint												
	Autres revenus (locatifs, dividendes...)												
TOTAL													

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*								
TOTAL								

* 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
Tout dossier incomplet ne pourra être présenté en commission. Merci de vérifier avant envoi.

Attestation sur l'honneur

Je soussigné.e M., M^{me}
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.

