



EPICERIE SOCIALE GRAIN DE SEL

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_

ORIENTE PAR : .....

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_ **AGE :** .....

**ADRESSE** **LOGEMENT :** PRIVE  **PUBLIC**

Rue : ..... Quartier : ..... Ville :

Téléphone : ..... Véhiculé pour se rendre à l'épicerie : **OUI - NON**

**TYPE FAMILIAL**

MONOPARENTALE                      SEULE                      COUPLE                      COUPLE AVEC ENFANTS

**COMPOSITION FAMILIALE**

	NOM PRENOM	PARENTE	DATE DE NAISSANCE	PROFESSION – SCOLARITE
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

**SYNTHESE EN NOMBRE**

ADULTES	0 A 5 ANS	6 ANS A 11 ANS	12 ANS A 17 ANS	➤ 17 ANS

**PRESENTATION DES DIFFICULTES :**

**SITUATION ACTUELLE :**

RSA	APL	IDEMN.JOURN	INDEMN.CHOM	PREST FAMIL.	SURENDETTEMENT	ENDETTEMENT	FRAIS DE GARDE	SANS DOMICILE AVEC REVENUS	SANS PAPIER	

**PROJETS OU ACTION A MENER :**

**BUDGET ETABLI LE ...../..... / 202\_**

RESSOURCES	MADAME	MONSIEUR	AUTRE
SALAIRE			
POLE EMPLOI			
INDEMNITES JOURNALIERES			
PENSION INVALIDITE, RENTE.			
PENSION VIEILLESSE			
PRESTATIONS FAMILIALES			
APL			
RSA/PRIME ACTIVITE			
AAH			
PRESTATION DU HANDICAP			
PENSION ALIMENTAIRE			
AUTRES			
<b>TOTAL (1)</b>			

CHARGES FIXES	FOYER	COMMENTAIRES
LOYER OU ECHEANCE PRET IMMO		
GAZ - ELECTRICITE		
EAU		
IMPOT SUR LE REVENU		
TAXE FONCIERE		
TAXE HABITATION OU REDEVANCE TV		
ASSURANCE HABITATION		
ASSURANCE VEHICULE		
CARBURANT		
FRAIS DE GARDE		
CANTINE		
TRANSPORT		
TELEPHONE <30 EUROS		
MUTUELLE		
PENSION ALIMENTAIRE		
AUTRES		
<b>TOTAL (2)</b>		

CREANCES (CREDITS, DETTES, SURENDETTEMENT)	MENSUALITES	IMPAYES	RESTE DÛ	DATE DE FIN

**A COMPLETER PAR L'EPICERIE SOCIALE GRAIN DE SEL**

RESTE POUR VIVRE PAR MOIS ET PAR PERSONNE (+ RESSOURCES ENCAISSEES – DEPENSES PAYEES – MENSUALITES CREANCES) :  
 TOTAL (1) – (TOTAL (2) + CREANCES) / NOMBRE DE PERSONNES :

( \_\_\_\_\_ - ( \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ ) / \_\_\_\_\_ =

