ASSOCIATION EZRA

Demande d'Aide Alimentaire

COORDONNES DU DEMANDEUR	
Nom :	Prénom :
Nom de naissance du conjoint:	Prénom du conjoint:
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Tél :	
E-mail :	Situation familiale :
Nombre d'enfants à charge :	

CHARGES MENSUELLES			
RESSOURCES MENSUELLES		DEPENSES MENSUELLES	
Nature	Montant	Nature	Montant
Salaire Indemnités Pension		**Loyer / Prêt Immobilier**	
Revenus non salariés		**Taxe foncière**	
CAF-AAH		**Mutuelle sante**	
Pension alimentaire		**Assurance habitation et auto**	
		Factures téléphone + Internet+mobile	
		Scolarité	
		Electricité + gaz + eau	
		Autres dépenses (préciser)	
TOTAL RESSOURCES		**TOTAL DEPENSES**	
SOLDE (Ressources - Dépenses)			

Pièces à joindre :

- ☐ **Dernière attestation de paiement CAF**
- ☐ **Dernière Quittance de loyer ou tableau d'amortissement**
- ☐ **Dernier avis d'imposition**
- ☐ **Derniers bulletins de salaire de tous les membres du foyer**

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et autorise les membres de la commission à prendre connaissance de l'ensemble des éléments justifiant ma demande.

A **Le** **Signature :**