

# FONDS CENTRAL DE SOLIDARITE

5, RUE DUROC

75343 PARIS CEDEX 07

Tél. : 01 44 49 27 47

Du lundi au vendredi de 9h30 à 12h et de 14h à 17h

E-Mail : fonds-solidarite@avh.asso.fr

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRET

**(pour un montant supérieur à 1000 €)**

**Identification de l’adulte ou de l’enfant concerné par la demande**

| NOM : |       |
| --- | --- |
| NOM DE JEUNE FILLE : |       |
| Prénoms : |       |
| Adresse : |       |

(Tout changement de domicile devra impérativement être porté à la connaissance de l’Association)

| N°tél. Domicile : |       |
| --- | --- |
| Mobile : |       |
| Courriel |       |
| Date de naissance : |       |
| Lieu de naissance : |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Carte d'invalidité ou CMI invalidité : | OUI [ ]  | NON [ ]  |
| Carte ou CMI priorité pour personnes handicapées[ ]  |

**Situation familiale**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Célibataire[ ]  | Marié(e)[ ]  | veuf(e)[ ]  |
| Divorcé(e)/Séparé(e)[ ]  | Pacs, Union libre[ ]  |  |

**Représentant légal (pour les adultes en cas de tutelle ou curatelle)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous un représentant légal ? : | OUI [ ]  | NON [ ]  |

Nom et adresse de la personne ou de l’organisme :     N° tél. :      |

**Enfants à charge**

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom du 1er enfant :       | Date de naissance du 1er enfant:       |
| Prénom du 2ème enfant :       | Date de naissance du 2ème enfant :       |
| Prénom du 3ème enfant :       | Date de naissance du 3ème enfant :       |
| Prénom du 4ème enfant :       | Date de naissance du 4ème enfant :       |
| Autres personnes à charge (préciser le lien de parenté) :      NOM :      Prénom:       | Date de naissance :       |

**Si la demande concerne un mineur merci de compléter le questionnaire ci-dessous :**

|  |  |
| --- | --- |
| **MERE**: Nom de jeune fille :       |  |
| Nom marital (nom d’usage) :       | Prénom :       |
| Adresse (si différente de celle de l’enfant)      |
| Tél. domicile :       | Tél. portable :       |
| Tél. travail :       | Numéro de poste :       |
| Courriel :       |

|  |  |
| --- | --- |
| **PERE** |  |
| Nom :       | Prénom :       |
| Adresse (si différente de celle de l’enfant)      |
| Tél. domicile :       | Tél. portable :       |
| Tél. travail :       | Numéro de poste :       |
| Courriel :       |

|  |  |
| --- | --- |
| **AUTRE RESPONSABLE LEGAL**(personne physique ou morale) |  |
| Organisme :       | Personne référente :       |
| Fonction :       | Lien avec l’enfant :       |
| Adresse (si différente de celle de l’enfant)      |
| Tél. :       | Tél. portable :       |
| Courriel :       |

**Situation professionnelle :**

|  |  |
| --- | --- |
| Le demandeur :En activité [ ]  Demandeur d’emploi [ ] Arrêt maladie [ ]  invalidité [ ] Retraité [ ]  Sans activité [ ] Profession exercée :      Nom et adresse de l'employeur :     Date d'embauche :      Type de contrat :CDD **[ ]** CDI [ ]  | Le/la conjoint(e) ou le/la concubin(e) : En activité [ ]  Demandeur d’emploi [ ] Arrêt maladie [ ]  invalidité [ ] Retraité [ ]  Sans activité [ ] Profession exercée :      Nom et adresse de l’employeur :     Date d'embauche :      Type de contrat :CDD **[ ]** CDI [ ]  |

**Ressources nettes et mensuelles du foyer (joindre toutes les pièces justificatives)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RESSOURCES | MONTANT | RESSOURCES | MONTANT |
| Salaire du demandeur |       | Allocation logement (APL) |       |
| Salaire du conjoint ou du concubin |       | Majoration Vie Autonome(MVA) |       |
| Bourse |       | Revenu Solidarité Active(RSA) |       |
| Allocation d’Éducation de l’Enfant Handicapé (AEEH) |       | Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) |       |
| Allocation Adultes Handicapés (AAH) |       | Prestation de Compensation du Handicap (PCH) |       |
| Pension d’invaliditéCatégorie 1[ ] Catégorie 2[ ] Catégorie 3[ ]  |       | Retraite Sécurité Sociale |       |
| Majoration tierce personne sécurité sociale |       | Retraite Complémentaire |       |
| Rente accident travail |       | Revenus mobiliers et/ou immobiliers |       |
| Prestations familiales(précisez)      |       | Chômage |       |
| Pensions alimentaires |       |  |  |

**Charges mensuelles du foyer (joindre toutes les pièces justificatives)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CHARGES | MONTANT | CHARGES | MONTANT |
| Loyer et charges locatives |       | Pensions alimentaires |       |
| Remboursement accession à la propriété |       | Taxe d’habitation |       |
| Autres : prêts ou crédits (précisez la nature, le montant et la durée de remboursement) |       | Taxe foncière |       |
| Dossier de surendettement OUI [ ]  NON [ ]  |

**Renseignements complémentaires**

|  |
| --- |
| * Indiquez si vous êtes hébergé : NON [ ]  OUI [ ]  si oui, joindre un certificat d’hébergement
* Avez-vous sollicité des aides auprès d’autres organismes ?

Si oui, précisez lesquels (mairie, conseil départemental, PCH, CAF, AGEFIPH, Caisses de retraite….) et le montant de l’aide obtenue :       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Total du budget annuel :**  |            |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Êtes-vous propriétaire ? | OUI [ ]  | NON [ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| Si oui, nature du bien : |       |
| Valeur approximative : |       |
|  |  |

**Je sollicite de l’Association Valentin Haüy un PRET d’un montant**

**de :**

Projet à la réalisation duquel sera affecté le montant du prêt :

(joindre photocopie de tout document relatif à ce projet : voir liste des pièces à fournir)

|  |  |
| --- | --- |
| **Total de la dépense projetée :** |       |
| Apport personnel (au moins 10 %) : |       |

Autres apports (subventions, emprunts) : en préciser le montant et désigner les personnes physiques ou morales pressenties pour les accorder :

**Remboursement du prêt sollicité auprès de l’Association Valentin**

**Haüy :**

|  |  |
| --- | --- |
| Montant de l’échéance mensuelle souhaitée :       |  |

Durée de remboursement souhaitée :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Observations particulières (s’il y a lieu) :

**IMPORTANT**

Il n’est perçu aucun intérêt sur les prêts qui sont consentis par le Fonds Central de Solidarité. Toutefois, chaque emprunteur est invité à faire bénéficier le Fonds d’apport volontaire. Cette action permet d’accroître les moyens de la Caisse de Prêts d’Honneur.

|  |  |
| --- | --- |
| Fait à |       |
| Le |       |

Signature :

de la personne concernée [ ]  de son représentant légal [ ]

Signature du président ou du trésorier du Comité s’il y a lieu [ ]

**Reconnue d’utilité publique en 1891 / Agréée par le Don en confiance / SIRET 775 666 548 00018 / APE 8810B** 

Les informations recueillies par l’association Valentin Haüy ont pour finalité le traitement et le suivi de votre demande de prêt. La base légale du traitement est l’exécution d’une relation contractuelle. Les données sensibles sont recueillies sur la base de l’article 9. 2 h du RGPD. Les données sont destinées aux professionnels habilités au titre de leurs fonctions au sein de l’AVH ainsi qu’aux tiers mandatés à des fins de gestion interne. Ces données ne seront conservées que le temps nécessaire au remboursement du prêt, étant entendu qu’elles sont immédiatement supprimées en cas de rejet de la demande de prêt. Vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez des droits à opposition, rectification, limitation, portabilité de vos données. Vous disposez également du droit de définir le sort de vos données « post mortem ». Pour exercer ces droits, contacter notre DPO : dpo@avh.asso.fr. Si vous estimez que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez également vous adresser à la CNIL.

Liste des pièces à fournir :

* une lettre de motivation,
* photocopie recto-verso de la carte d'identité ou du titre de séjour en cours de validité,
* photocopie du livret de famille ou jugement de tutelle
* photocopie recto-verso de la carte d’invalidité ou Carte Mobilité Inclusion invalidité ou priorité pour personne handicapée ou toute notification indiquant un taux d’incapacité supérieur à 50 %.

Pour les personnes qui n’ont pas de carte d’invalidité ou de CMI invalidité, un certificat ophtalmologique indiquant l’acuité visuelle sera demandé (œil droit, œil gauche, après correction) et éventuellement un champ visuel, si celui-ci est altéré.

* photocopie du dernier avis d’imposition ou de non-imposition,
* renseignements relatifs à l'opération projetée, devis, factures pro-forma, apport personnel, plan de financement,
* photocopie de la dernière facture EDF ou GDF,
* photocopie de la dernière quittance de loyer ou de charges de copropriété,
* justificatif de toute(s) autre(s) dépense(s) éventuelle(s) ou prêt(s) en cours.