

PRIORITE DES BENEFICIAIRES

ACTIONS ENTREPRISES



DOSSIER DU BENEFICIAIRE

PLAN D'ACTION

INTERVENANT(S)

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

TELEPHONE(S)

DECISION COMITE

Entre dans le dispositif OUI NON

Commentaires :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Orientation vers autres organismes :

-
-
-

Date :

CONTACT NOM : TEL :

DATE PREMIER CONTACT PARTENAIRE :

SITUATION FAMILIALE
 Marié(e)
 Divorcé(e)
 Célibataire
 Veuf(ve)
 Séparé(e)
 Pacsé(e)

Nombre d'enfants :

Nombre d'enfants à charge :

Entourage familial : Aide :

LOGEMENT
 Propriétaire
 Locataire Bailleur :
 depuis le
MONTANT LOYER**APL****NET****IMPAYES**

.....

CREDITS**BANQUE****MENSUALITE****CAPITAL
RESTANT DU****IMPAYES**

- IMMOBILIER

- PERSONNEL

- REVOLVING :

CHARGES FIXES

EDF	Mutuelle	Carburant	Impôts : sur le revenu
GDF	Assurance Maison	Tabac	Taxe Habitation
EAU	Assurance Voiture	Câble	Taxe Foncière
TEL		Autres :	
SCOLARITE			

TOTAL DES CHARGES FIXES : **IMPAYES****EMPLOI**

Bénéficiaire

Conjoint

- actuel :

Lieu

Depuis le

Salaire net

- précédent :**- Formation(s) :****AUTRES RESSOURCES**

CAF: Détail CAF :

PENSION ALIMENTAIRE :

AUTRES:

RECAP

SALAIRES	LOYER
ALLOC	CREDITS
PENSION ALIM.	CH. FIXES
AUTRES	PENS. ALIM.
.....	AUTRES
TOTAL	TOTAL

Reste à vivre mensuel :

par personne :

COMMENTAIRES**BANQUE(S)****NOM****INSTRUMENTS
DE PAIEMENT
(Carte Bleue, chéquier...)****MONTANT DU
DÉCOUVERT
AUTORISÉ****SOLDE
DU COMPTE**

.....
.....
.....