



**DEMANDE AVANCE EXCEPTIONNELLE  
POUR PAIEMENT DE COLONIE**

**Document à renvoyer via l'adresse mail suivante : CMCAS-260.ASS@asmeg.org**

**OUVRANT DROIT**

Nom : ..... Prénom : .....  
NIA : ..... SLVie : .....  
Adresse : .....  
.....  
N° de téléphone personnel: .....  
Adresse mail personnelle:..... @ .....

**AYANT-DROIT BENEFICIAIRE DE LA COLONIE\* CCAS**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....

*\* L'aide peut concerner plusieurs séjours dans le cas de fratries affectées*

**CONDITIONS D'ATTRIBUTION**

Modification de la situation professionnelle d'un des parents (chômage, arrêt de travail, congés ou absences non rémunérés pour garde d'enfants, ...) ou modification de la situation familiale (séparation, départ du domicile, ...) avec une baisse des revenus nets d'au moins 20%.  
Aide non cumulable avec l'aide solidarité exceptionnelle pour le paiement des colonies.

**PRECISEZ LES RAISONS DE VOTRE DEMANDE** .....  
.....  
.....

Je m'engage à :

- Payer les 25% d'acompte à la CCAS dès réception de l'affectation
- Rembourser l'avance des 75% restants en 3 mensualités maximum.
- Fournir une reconnaissance de dettes, un échéancier de prélèvements, un mandat SEPA, éléments transmis par la CMCAS avec la notification d'accord une fois la commission passée.

Sans information contraire de ma part, la première mensualité de l'échéancier qui me sera proposé par la CMCAS débutera le mois suivant la date la Commission.

Ou bien je demande, exceptionnellement, à ce que l'échéancier débute le :.....

**Date :**

**Signature :**

**Justificatifs à fournir :**

- 3 derniers bulletins de salaire de l'ouvrant droit et du conjoint/compagnon
- Relevé d'identité bancaire
- Avis d'affectation et coût du séjour
- Justificatif mettant en évidence le changement de situation
- Copie du contrat de travail (pour les OD ou AD en contrat)

*Tous les dossiers sont soumis pour étude à la Commission Santé Solidarité.*

*Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS.*

*Les destinataires des données sont : la CMCAS et le service ASS de la CCAS PDL.*

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :*

*CCAS – Territoire PDL – Service ASS - 2 rue Vasco de Gama – BP 60034 – 44801 SAINT HERBLAIN CEDEX.*

*Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.*