

Demande de soutien

Date (de la demande)

Demande directe (par le / la requérant) oui non

Si non, déposée par

| Données personnelles | | Requérant/e | | Partenaire | |
|----------------------|--|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| | | | | En ménage commun ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Prénom / Nom | | | | | |
| Sexe | | <input type="checkbox"/> féminin | <input type="checkbox"/> masculin | <input type="checkbox"/> féminin | <input type="checkbox"/> masculin |
| État civil | | | | | |
| Date de naissance | | | | | |
| Rue / N° | | | | | |
| NPA / Localité | | | | | |
| Tél. / Mobile | | | | | |
| Mail | | | | | |
| Profession | | | | | |
| | | | | | |
| Nationalité | | | | | |
| Permis de séjour | | | | | |

Nombre de personnes dans le ménage

Enfants / adolescents (jusqu'à 17 ans)

Adultes (à partir du 18ème anniversaire)

Enfants à votre charge (dès le 5ème enfant, merci de les inscrire séparément en lettres majuscules)

| Prénom / Nom | Date de naissance | <input type="checkbox"/> féminin | <input type="checkbox"/> masculin |
|--------------|-------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Prénom / Nom | Date de naissance | <input type="checkbox"/> féminin | <input type="checkbox"/> masculin |
| Prénom / Nom | Date de naissance | <input type="checkbox"/> féminin | <input type="checkbox"/> masculin |
| Prénom / Nom | Date de naissance | <input type="checkbox"/> féminin | <input type="checkbox"/> masculin |

Description de la situation et raison(s) des difficultés

Aide(s) demandée(s)

Besoin d'aide financière (prise en charge de/s facture/s)

Montant total

En cas de prise en charge financière totale par les pouvoirs publics (par ex. service social, AVS/AI/PC), il n'est pas nécessaire de mentionner tous les postes du budget. Veuillez transmettre les pièces justificatives.

Budget mensuel : Aperçu de la situation financière du ménage**Revenus de toutes les personnes vivant dans le même ménage****Net par mois****Total des revenus****Dépenses de toutes les personnes vivant dans le même ménage****Net par mois**

Véhicule ? oui non Si oui, justification:

Total des dépenses**Montant restant** (revenus - dépenses mensuels)**Net par mois**

Pour l'entretien (nourriture / vêtements / hygiène / ménage / énergie / communication / mobilité / coûts de la santé / dentiste / loisirs / vacances / formation / etc.)

Fortune de toutes les personnes vivant dans le même ménage**Montant****Dettes de toutes les personnes vivant dans le même ménage****Montant**

| | |
|--|----------------|
| Plan de financement (pour un montant supérieur à CHF 1'500) | Montant |
|--|----------------|

Soutien financier nécessaire (prise en charge de/s facture/s)

Contribution personnelle

Demande au Secours d'hiver

| | | | | |
|---------------------------------------|-----|-----|--|----------------|
| Demande(s) à d'autres organisations ? | oui | non | | Montant |
|---------------------------------------|-----|-----|--|----------------|

| | | | | |
|--------------|--|--|--|------------|
| Organisation | | | | Décision ? |
|--------------|--|--|--|------------|

| | | | | |
|--------------|--|--|--|------------|
| Organisation | | | | Décision ? |
|--------------|--|--|--|------------|

| | | | | |
|--------------|--|--|--|------------|
| Organisation | | | | Décision ? |
|--------------|--|--|--|------------|

| |
|--|
| Coordonnées bancaires (En règle générale, aucun paiement direct n'est effectué) |
|--|

Nom / adresse de la banque

Titulaire du compte Numéro

de compte / IBAN

| |
|------------------|
| Remarques |
|------------------|

| |
|------------------|
| Signature |
|------------------|

| | | |
|--------------------|------|---|
| Requérant/e | Date | |
| | | Signature requérant/e Avec ma signature, je certifie que toutes mes données sont conformes à la réalité. |

| | | |
|-------------------|------|---|
| Partenaire | Date | |
| | | Signature du / de la partenaire Avec ma signature, je certifie que toutes mes données sont conformes à la réalité. |

| | | |
|---|------|-----------|
| Institution / Autorité (si impliqués) | Date | |
| | | Signature |

Coordonnées complètes des institutions : Nom, nom de la personne de contact, adresse, téléphone, mail, etc.

Si nécessaire, les signataires autorisent les contacts avec des tiers par les membres des organes et les collaborateurs du Secours d'hiver. Il n'existe aucun droit légal sur les prestations du Secours d'hiver.

| |
|--|
| Documents à joindre impérativement à la présente demande de soutien |
|--|

- Documentation **complète** de la situation financière (copies): salaire et / ou revenu selon montants mentionnés sous rubrique «revenus» en page 2
- Copie de la dernière décision de taxation
- Copie de la / des facture(s) à payer
- Copie d'offres et / ou de devis (si existant)