

Document à remettre à votre CMCAS ou à envoyer par mail à [cmcas705@asmeg.org](mailto:cmcas705@asmeg.org) dûment complété, signé et accompagné de toutes les pièces justificatives demandées avant le 30 septembre 2026.

**Tout dossier incomplet ne sera pas traité.**

## Action sociale

Aide à l'Autonomie des Jeunes

2025/2026

soumise à conditions de ressources

**Préservez la planète ; téléchargez, remplissez et transmettez ce formulaire par mail à votre CMCAS avec les pièces justificatives**

**Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de l'aide à l'autonomie des jeunes**

*Dans le cas d'un couple composé de deux ouvrants-droit, l'aide sera accordée uniquement à l'un des deux parents pour un même enfant.*

### **1 Demandeur ouvrant-droit**

Madame  Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

NIA :

Numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Courriel : .....@.....

Adresse : .....

Code postal :      Commune : .....

### **Votre conjoint(e) ayant-droit :**

Nom : ..... Prénom : .....

Votre conjoint(e) exerce dans une IEG : Oui  Non

Si oui, préciser le NIA :        et la CMCAS d'appartenance .....

### **2 Enfant ayant-droit**

Nom (de naissance) : ..... Prénom : .....

Date de naissance   /   /

Adresse (à préciser si différente de l'ouvrant-droit) : .....

Code postal :      Commune : ..... Tél :

Courriel : .....@.....

- Formation initiale
- Formation en contrat d'apprentissage ou en alternance

OUI   
OUI

NON   
NON

### **3 Documents à fournir**

- Avis d'imposition 2025 sur les revenus 2024 dans son intégralité (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- Avis d'imposition 2025 sur les revenus 2024 dans son intégralité de l'AD enfant (concerné par l'aide)
- Relevé d'identité bancaire
- Copie du contrat de travail pour les agents en CDD (quel que soit le contrat)

#### **Et selon la situation de l'ayant-droit :**

- Certificat de scolarité 2025/2026
- Copie du contrat d'apprentissage ou contrat de qualification
- Attestation d'inscription à France Travail
- Attestation du non-paiement de l'allocation chômage

Je souhaite que cette prestation soit versée sur le compte de mon ayant-droit

OUI  NON

Si oui, je complète l'imprimé de demande d'autorisation de payer des prestations à un tiers (ci-dessous) et je joins un RIB.

**Attention, le calcul de votre coefficient social pour les aides de l'action sociale est différent du calcul de votre participation aux séjours de vacances.**

À noter : mon dossier doit être déposé à ma CMCAS avant le 30/09/2026 et je serai informé(e) par courrier de l'accord ou du refus de prise en charge.

Plus d'informations sur cette prestation [ICI](#)

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.

Fait à : ..... Le  /  /

Signature du demandeur

### **4 Cadre réservé à la CMCAS**

Coefficient social .....

% de participation (de 10 % à 90 %) .....

Du  /  /   au  /  /

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 la Direction Santé ASS.

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 – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX.

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

## AUTORISATION DE PAYER DES PRESTATIONS À UN TIERS

### AIDE À L'AUTONOMIE DES JEUNES

**Je soussigné (e)**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :**   /   /

**Adresse :** .....

**Code Postal :**      **Commune :** .....

**N I A :**

**Déclare, par la présente, autoriser le versement de l'aide à l'autonomie des jeunes sur le compte bancaire de l'ayant-droit :**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :**   /   /

**Je certifie l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à informer ma CMCAS de tout changement concernant ma situation.**

**Date de la demande :**   /   /

**Signature de l'ouvrant-droit**

**Signature de l'ayant-droit**

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 la Direction Santé ASS.

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 – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX.

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