

**Date de la demande……………………………………………………………………………………………………………**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **Secours d’urgence**  1re demande  | [ ]  **FDAJ ponctuel** 1re demande |
| [ ]  2e demande | [ ]  Nouvelle demande |
|  |  |
| [ ]  **FDAJ renforcé** 1re demande | [ ]  **FDAJ Permis** 1re Demande  |
| [ ]  Renouvellement   | [ ]  Nouvelle demande |

**ORGANISME REFERENT** :

Nom ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse …………………………………………………………………………………………………………………………..

Téléphone ……………………………………Mail …………………………………………………………………………….

Nom et prénom du référent ………………………………………………………………………………………………….

Fonction au sein de l’organisme…………………………………………………………………………………………….

**DEMANDEUR :**

Nom d’usage …………………………………………Prénom ………………………………………………………………

Nom de naissance ……………………………………………………………………………………………………………..

Nationalité **Française** [ ]  **Union Européenne** [ ]  **Hors Union Européenne** [ ]

Date de naissance …………………………………………Sexe : H [ ]  F [ ]

Domicile  Appt. (étage, escalier, bâtiment) : ………………………………………………………………………

 N° et Rue………………………………………………………………………………………………………

 Code Postal…………………………………… Commune ………………………………………………

Résidence (si adresse différente du domicile) …………………………………………………………………..………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

Tél/portable………………………………………………../…………………………………………………………………..

Mail …………………………………………………………………………..……………………………………………………

Si demandeur mineur, nom, prénom, adresse du représentant légal : …………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

QPV oui [ ]  non [ ]

**(\*) Les demandes de secours d’urgence, de FDAJ ponctuel ou de FDAJ renforcé pour des personnes résidant en Métropole Européenne de Lille doivent être adressées à la MEL : faj-mel@lillemetropole.fr**

* **Aide(s) déjà accordée(s) au titre du F.A.J. :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **montant** | **date** | **Nature de l’aide (secours d’urgence, FAJ ponctuel, FAJ renforcé, Aide au permis)** | **Préciser si aide attribuée par le Département ou la MEL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **Situation familiale du demandeur :**

[ ]  Célibataire [ ]  Marié [ ]  Union libre [ ]  Pacsé [ ]  Divorce/séparation

[ ]  Autre *(préciser) :*

*Si «****🗷 Marié – Pacsé - Union libre*** *», merci de renseigner les informations concernant le(a) conjoint(e) ci dessous :*

Nom d’usage……………………………………………Prénom…………………………………………………………

Nom de naissance……………………………………..Date de Naissance…………………………………………

Nombre d’enfant(s) à charge ………………………………………………………………………………………………

* **Logement :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Logement Autonome | [ ]  Hôtel | [ ]  Accueil d’urgence  |
| [ ]  Domicile parental | [ ]  Sans Domicile Fixe  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Hébergement dans la famille  | [ ]  Hébergement chez une tierce personne  | [ ]  Hébergement en foyer (à préciser) ……………………… |
| [ ]  Autre *(à préciser)**…………………………………….* |  |  |

Pouvez-vous bénéficier de cet hébergement de façon durable ? (plus de 3 mois)

Oui [ ]  Non [ ]  Ne sait pas [ ]

* **Protection Sociale**

**Sécurité Sociale**  [ ]  Oui [ ]  Non

**C.S.S.**  [ ]  Oui [ ]  Non

**Mutuelle**  [ ]  Oui [x]  Non

**PUMA** [ ]  Oui [ ]  Non

* **Niveau scolaire :**

**Diplôme le plus élevé obtenu (intitulé précis)………………………………………………………………………..**

**Année de fin d’études**………………………………………………………………………………………………………….

**Niveau d’études**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  VI sans diplôme | [ ]  V CAP/BEP obtenu  | [ ]  V niveau CAP/BEP  |
| [ ]  V bis  | [ ]  IV BAC obtenu  | [ ]  IV niveau BAC  |
| [ ]  Supérieur à IV ou plus  |  |  |

* **Parcours antérieur**
	+ **Parcours professionnel**

[ ]  CDI

[ ]  CDD

[ ]  Intérim

[ ]  CDDI

[ ]  Stage professionnel rémunéré

[ ]  Apprentissage

[ ]  Service civique

[ ]  Autre (à préciser)

* + **Dispositifs mobilisés**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| AMASE jeune majeur | en cours [ ]  ou terminé [ ]  | Montant ……… | Durée………… |
| EVA3 (APJM) | en cours [ ]  ou terminé [ ]  | Montant ……… | Durée………… |
| EVA2 (Aide financière)EVA1 (accompagnement éducatif)Bourse départementale étudiant | en cours [ ]  ou terminé [ ]  en cours [ ]  ou terminé [ ] en cours [ ]  ou terminé [ ]  | Montant ………Montant ……… | Durée…………Durée…………Durée………… |
| Bourse CROUS | en cours [ ]  ou terminé [ ]  | Montant ……… | Durée………… |
| PACEA | en cours [ ]  ou terminé [ ]  | Montant ……… | Durée………… |
| Garantie jeunes | en cours [ ]  ou terminé [ ]  | Montant ……… | Durée………… |
| IEJ | en cours [ ]  ou terminé [ ]  | Montant ……… | Durée………… |
| EPIDE | en cours [ ]  ou terminé [ ]  | Montant ……… | Durée………… |
| École de la deuxième chance | en cours [ ]  ou terminé [ ]  | Montant ……… | Durée………… |
| Autre dispositif d’accompagnement sans allocation *(à préciser) …………........* | en cours [ ]  ou terminé [ ]  |  | Durée………… |
| Autre dispositif d’accompagnement avec allocation *(à préciser) ………………………* | en cours [ ]  ou terminé [ ]  | Montant……… | Durée………… |

* **Situation actuelle**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Etudiant | [ ]  Scolaire | [ ]  Formation | [ ]  Apprentissage |
| [ ]  Stage non rémunéré | [ ]  Stage rémunéré | [ ]  PACEA | [ ]  Contrat aidé |
| [ ]  Emploi d’avenir | [ ]  Intérim | [ ]  C.D.D.  | [ ]  CDDI |
| [ ]  Contrat Unique d’Insertion  | [ ]  C.D.I  | [ ]  Demandeur d’emploi inscrit à Pôle emploi[[1]](#footnote-1) | [ ]  Demandeur d’emploi non inscrit à Pôle emploi1 |
| [ ]  Autre *(à préciser)* |
|  |

 **RESSOURCES ET CHARGES (remplir la rubrique 1 ou 2 uniquement)**

1. **Ressources mensuelles du DEMANDEUR (mois en cours) : jeune ou couple**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature des ressources mensuelles**  | **Montant en euros** |
| **Demandeur** |  **Conjoint(e)/concubin(e)/PACSé(e)** |
| Salaire/rémunération |  |  |
| Prestation Pôle emploi |  |  |
| Prestation CAF (hors APL / AL)[[2]](#footnote-2) |  |  |
| APL / AL  |  |  |
| Pension alimentaire |  |  |
| Autres  (préciser) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
|  **TOTAL en euros**  |   |

1. **Si le jeune/couple réside chez les parents : Ressources mensuelles du FOYER (mois en cours)**

**(inclure les ressources du demandeur)**

***Indiquez le nombre de personnes au foyer…………………………***

|  |  |
| --- | --- |
| **Ressources**  | **Charges**  |
| **Nature des ressources** | **Montant des ressources en euros** | **Nature des charges prises en compte**  | **Montant des charges en euros** |
| Salaire/rémunération/retraite |  | Loyer |  |
| Prestation Pôle emploi |  | Dépenses d’énergie / eau |  |
| Prestation CAF2 |  | Assurance responsabilité civile et habitation |  |
| APL/AL |  | Mutuelle |  |
| Autres  (préciser) : |  | Pension alimentaire |  |
| Autres (préciser) :  |  |
| * **TOTAL**
 |  | **TOTAL** |  |
| Calcul de la moyenne économique journalière *: (ressources - charges fixes)/mois:      ……………………* *Nombre de personnes au foyer/30 jours* |

* **Êtes-vous en attente d’un versement ? :** Oui [ ]  Non [ ]  Si oui, précisez

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nature du versement attendu | Date prévisionnelle du versement | Montant attendu |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Dans certaines situations, seule une aide remboursable vous sera proposée. Les conditions de remboursement seront alors à organiser avec le payeur départemental. Accepteriez-vous cette forme d’aide et vous engagez-vous à la rembourser ? Oui [ ]  Non [ ]

* **Une demande d’obligation alimentaire est-elle en cours ?** Oui [ ]  Non [ ]

**AIDE SOLLICITEE : MOTIF ET MONTANT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature de l’aide** | **Finalité de l’aide** | **Demande** |
| **Montant Sollicité (régie d’urgence)** |
| **Secours d’urgence** | Alimentaire |       € |
| Hébergement d’urgence |       € |
| Vêture |       € |
| Hygiène |       € |
| Santé |       € |
| Ouverture/maintien de droits |       € |
| [ ]  Emploi[ ]  Formation  | Transport |       € |
| Restauration |       € |
| Matériel |       € |
| Autre (préciser) |       |       € |
| **FDAJ Ponctuel** |  | **Montant sollicité** | **Mode de versement souhaité (virement, lettre chèque, paiement à tiers)** |
| Subsistance |       € |       |
| [ ]  Emploi[ ]  Formation  | Transport |       € |       |
| Restauration |       € |       |
| Matériel |       € |       |
| Hébergement |       € |       |
| Formation |       € |       |
| Permis de conduire (joindre l’annexe mobilité) |       € |       |
| Autre mobilité |       € |       |
| Santé |       € |       |
| Logement |       € |       |
| Ouverture, maintien de droits |       € |       |
| Autre (préciser)       |       € |       |
|  |  |  |
| **FDAJ Renforcé** |       € |       |
| **Durée Sollicitée :** |
|  |  |  |
| TOTAL |      ……………… € |  |

" *Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. Est puni des mêmes peines le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, un paiement ou un avantage indu." (*Article 441‑6 du code pénal)

**Dans le cadre d’un Paiement à Tiers**

Je, soussigné(e)       **,**

autorise Monsieur le Président du Conseil Départemental du Nord en cas d’accord, à verser à

le montant qui m’a été accordé au titre d’une aide FDAJ pour

**Date et signature du demandeur Date et signature du référent
ou de son représentant légal**

Les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique destiné à instruire le présent dossier de demande. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au :

Département du Nord – Direction Enfance Famille Jeunesse – Service prévention et autonomie des jeunes – Hôtel du Département – 51 rue Gustave Delory – 59047 LILLE cédex

**compléter pour : opportunité emploi/formation dans le cadre du secours d’urgence ou FDAJ Ponctuel**

**ANNEXE 1 : Projet d’insertion sociale et/ou professionnelle**

**A compléter pour : secours d’urgence ou FDAJ ponctuel**

**ANNEXE 1 : Projet d’insertion sociale et/ou professionnelle**

**Motivation de la demande**

**Parcours antérieur**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Si vous avez déjà bénéficié d’une aide du Fonds d’Aide aux Jeunes, indiquer l’usage qui a été fait de ce secours**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Situation actuelle**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Indication de la demande**

[ ]  Subsistance [ ]  Formation [ ]  Emploi [ ]  Logement [ ]  Santé

[ ]  Ouverture/Maintien de droits [ ]  Permis de conduire [ ]  Autre mobilité [ ]  Autre……………………

**Descriptif du projet (présentation, durée, lieu, coût)**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Date et signature du demandeur Date et signature du référent :**

**ou de son représentant légal :**

***En fonction des caractéristiques de la demande d’aide ponctuelle au titre du FDAJ ou en cas d’accompagnement par plusieurs référents, la situation pourra être étudiée en Commission technique, instance partenariale compétente pour émettre un avis technique consultatif en vue d’apporter les réponses les mieux adaptées aux situations, conformément au Règlement Intérieur du FDAJ.***

**ANNEXE 2 : Projet d’insertion sociale et/ou professionnelle**

**A compléter pour : FDAJ Renforcé**

**A compléter pour : FDAJ Renforcé**

**Nom de naissance ………………………………………………Prénom…………………………………………**

**Motivation de la demande**

Première demande [ ]  Renouvellement [ ]  *Indiquer date de la première demande FDAJ renforcé :*

 *Nombre de mois déjà contractés :*

**Parcours antérieur**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Situation actuelle**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Identification des atouts et des freins à l’insertion sociale et/ou professionnelle :**

**Descriptif**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Objectifs de l’accompagnement renforcé :**

* **Insertion sociale**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

* **Insertion professionnelle**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

* **Santé**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

* **Logement**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

* **Autre**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Modalités de l’accompagnement renforcé (fréquence des entretiens, durée de l’accompagnement)**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**- Engagements  du demandeur**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

 **- Engagements  du référent**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………**

**- En cas de renouvellement de contrat, indiquer les principaux éléments de bilan (respect de l’engagement initial, démarches mise en place, évolution de la situation…..)**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

NB : L’aide est allouée en référence à la situation du demandeur à la date de la demande. Tout changement de situation doit être signalé au service instructeur, qui réexaminera le cas échéant le montant de l’allocation prévu.

**Date et signature du demandeur Date et signature du référent :**

**ou de son représentant légal :**

**ANNEXE 3 : Pièces justificatives à joindre à la demande**

|  |  |
| --- | --- |
| **Situations** | **Justificatifs nécessaires** |
| Quelle que soit la demande*(en cas de première demande d’urgence, un dossier allégé peut néanmoins être pris en compte, à l’appréciation des services instructeurs)* | * Dossier de demande complété
* Pièce d’identité ou titre de séjour ou récépissé de titre de séjour
* Attestation de domicile/ domiciliation
* RIB
* Attestation CAF
* Etat des lieux des ressources du jeune ou couple
* Etat des lieux des ressources et charges du foyer si le jeune réside chez ses parents
* Ensemble des justificatifs concernant les ressources et les charges mentionnées
* Annexe 1 ou 2 relative au projet d’insertion sociale et/ou professionnelle du jeune
 |
| Toute demande d’aide à la mobilité  | * Annexe mobilité
* Devis le cas échéant
 |
| Demande d’aide au permis | * Annexe mobilité
* Annexe permis
* Devis
* Copie du code
* Justificatif du bénévolat réalisé
* Pour un 2ème paiement
	+ - * Facture
			* Copie du livret de conduite
			* Devis
 |
| Demande relative au logement | * Bail complet et/ou contrat de location
 |
| En fonction de la demande et de la situation du demandeur | * Tout devis attestant du montant des frais à engager (devis pour vêture professionnelle, achat de matériel…), attestation relative au montant des frais de formation…
* Attestations relatives aux démarches antérieures (mobilisation de l’APRE, aides du CROUS, VISALE,…)
 |

Le dossier de demande, accompagné des pièces justificatives, est à transmettre à la DTPAS – Pôle Insertion Professionnelle et Lutte contre les Exclusions (PIPLE) du secteur géographique de résidence du demandeur (coordonnées ci-après).

La non transmission aux services instructeurs de l’ensemble des pièces nécessaires au dossier de demande dans un délai de 2 mois à compter de la date de réception du dossier au Pôle Insertion Professionnelle et Lutte contre les Exclusions (PIPLE) vaut notification de refus.

Le non-retrait d’une aide d’urgence dans un délai de 15 jours après la notification d’attribution invalide l’accord d’attribution.

**DIRECTIONS TERRITORIALES DE PREVENTION ET D’ACTION SOCIALE (D.T.P.A.S.) du Département du NORD**

**Pôles Insertion Professionnelle et Lutte contre les Exclusions (P.I.P.L.E.)**

|  |  |
| --- | --- |
| **DTPAS** | **Coordonnées du Pôle Insertion Professionnelle et Lutte contre les Exclusions (PIPLE)** |
| **Métropole LILLE** | 106, rue Pierre LegrandCS 70511 – 59022 LILLE cédexTél : 03.59.73.76.15 |
| **Métropole ROUBAIX – TOURCOING** | 30, boulevard du Général Leclerc59100 ROUBAIXTél : 03.59.73.05.49 |
| **Douaisis**  | 310 bis, rue d’AlbergottiBP 90623 – 59500 DOUAITél : 03.59.73.33.86 |
| **Flandre Maritime**  | 183, rue de l’école maternelleSite Neptune – Zone de Trois Ponts – BP 6371 – 59385 DUNKERQUE cédex 1Tél : 03.59.73.01.88 |
| **Flandre Intérieure** | 13, chemin du lycée59190 HAZEBROUCKTél : 03.59.73.44.36 |
| **Cambrésis**  | 42/44, rue des rôtisseursBP 364 – 59407 CAMBRAI cédexTél : 03.59.73.36.09 |
| **Avesnois**  | 64, rue Léo LagrangeCS 50107 – 59361 AVESNES-SUR-HELPE cédexTél : 03.59.73.10.33 / 03.59.73.96.49 |
| **Valenciennois**  | 113, rue Lomprez59300 VALENCIENNESTél : 03.59.73.23.09 |

1. Pour les demandeurs d’emploi choisir obligatoirement une réponse [↑](#footnote-ref-1)
2. Joindre attestation CAF [↑](#footnote-ref-2)