



Centre Communal
d'Action Sociale

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE AUX VACANCES FAMILIALES 2023

IMPRIMÉ À REMPLIR ET À RETOURNER AU CCAS
AVANT LE 30 SEPTEMBRE 2023
(ENFANTS DE 4 A 17 ANS, NÉS ENTRE 2019 ET 2006)
POUR UN QUOTIENT FAMILIAL INFÉRIEUR OU ÉGAL À 900
ET UN MAXIMUM DE 16 JOURS AIDÉS

Sont concernées : les vacances en location, camping, caravanning, Maison Familiale (agrées par la DDASS), Villages de Vacances ou gîte en Tourisme social (agrées par le Commissariat Général au Tourisme).

PÈRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Mail :

Tél. :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

Adresse du Comité d'Entreprise :

QUOTIENT FAMILIAL CAF :

MÈRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Mail :

Tél. :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

Adresse du Comité d'Entreprise :

Nombre d'enfants à charge :

SÉJOUR

Mode d'hébergement :

Adresse, N° de Tel :

Lieu du séjour :

Date du séjour :

Nombre de jours :

Coût du séjour

AIDES VERSÉES PAR DES SERVICES EXTÉRIEURS

Employeur de la mère /Comité d'entreprise :

Employeur du père /Comité d'entreprise :

Subvention VACAF:

Autres :

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus ».
(Toute fausse déclaration entraînera le non-versement de l'aide)

A Gières, le

JUSTIFICATIFS À JOINDRE

- Photocopie de la pièce d'identité
- Copie du livret de famille
- Notification du quotient familial de la CAF
- Copie subvention VACAF si perçue en 2022
- Photocopie de l'avis d'imposition 2022
- Facture du séjour acquittée avec le tampon de l'organisme
- Votre Relevé d'Identité Bancaire ou Postal

→ Pour les séjours en **LOCATION PRIVÉE**, faire remplir par le propriétaire une attestation de location (fournie en PJ)

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE C.C.A.S

QF	MONTANT SÉJOUR	NOMBRE DE JOURS	BON VACAF	RESTE A LA CHARGE DE LA FAMILLE	MONTANT AIDE CCAS	TOTAL DES AIDES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

ATTESTATION DE LOCATION

(à remplir par le propriétaire)

Je soussigné (tampon du propriétaire) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

- Propriétaire du logement mis en location à l'adresse et dans les conditions suivantes :

Mode d'hébergement (appartement, maison...):

Date du Séjour: du au

Lieu du Séjour (adresse exacte):

Nombre de jours:

- Facture acquittée pour un montant de : Le

- Certifie accueillir pendant cette période la famille dont la composition et les coordonnées sont mentionnées ci-dessous:

État civil du représentant légal:

Nom:

Prénom:

Adresse:

N° de téléphone:

Composition de la famille

FAMILLE	Nom	Prénom
Père	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mère	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 ^{er} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Certifie que le produit de cette location est déclaré régulièrement aux services fiscaux concernés.

Signature et tampon du propriétaire du logement :

Fait à Le