



# ASSOCIATION « LE LIEN » EPICERIE SOCIALE ET SOLIDAIRE

10, rue St Jean – 84100 – Orange – Tél : 04 90 70 84 80 – Mail : [lelien.orange@gmail.com](mailto:lelien.orange@gmail.com)

Site internet <http://lelien84.free.fr>

## DEMANDE D'INSCRIPTION EPICERIE SOLIDAIRE

### Conditions de recevabilité de la demande

Votre demande doit être retournée correctement remplie et signée.

Vous devez obligatoirement joindre en photocopie et pour toutes les personnes composant le foyer, les pièces justificatives demandées sur la liste jointe.

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE**

### 1. Votre identité

**Le demandeur :** Mr  Mme  Mlle

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Nationalité : Française  E.U.  Hors E.U.

**Le conjoint :** Mr  Mme  Mlle

Nom : .....

Nom de naissance : ..... / ..... / .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Nationalité : Française  E.U.  Hors E.U.

### 2. Où vous joindre ?

Adresse : .....  
.....

Commune : .....

Code Postal : .....

Téléphone personnel : Fixe ..... Mobile .....

### 3. Votre situation de famille actuelle

Célibataire  PACS, Concubinage, vie maritale  Veuf (ve)

Marié(e) depuis le : ..... / ..... / .....

Divorcé(e) depuis le : ..... / ..... / ..... Ou procédure en cours

Séparé(e) depuis le : ..... / ..... / ..... Ou procédure en cours

---

### 4. Autres personnes vivant au foyer

Nom et Prénom	Date de naissance	Sexe (M et F)	Lien de parenté
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Naissance prévue : Oui  Non  Naissance multiple : Oui  Non

Nombre d'enfants accueillis dans le cadre d'un droit de visite ou d'hébergement :

---

### 5. Votre situation professionnelle

#### Le demandeur :

##### Votre profession :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Emploi à durée déterminée | <input type="checkbox"/> Emploi à durée déterminée, stage, intérim ...   |
| <input type="checkbox"/> Chômage indemnisé         | <input type="checkbox"/> Chômage non indemnisé                           |
| <input type="checkbox"/> Etudiant (e)              | <input type="checkbox"/> Retraité (e) depuis le : ...../...../.....      |
| <input type="checkbox"/> Inactif (ve)              | <input type="checkbox"/> Autre indemnisation ( pensionné, invalide ... ) |

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

Commune :

Code Postal :

#### Le conjoint :

##### Votre profession :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Emploi à durée déterminée | <input type="checkbox"/> Emploi à durée déterminée, stage, intérim ...   |
| <input type="checkbox"/> Chômage indemnisé         | <input type="checkbox"/> Chômage non indemnisé                           |
| <input type="checkbox"/> Etudiant (e)              | <input type="checkbox"/> Retraité (e) depuis le : ...../...../.....      |
| <input type="checkbox"/> Inactif (ve)              | <input type="checkbox"/> Autre indemnisation ( pensionné, invalide ... ) |

Nom de l'employeur :	
Adresse de l'employeur :	
Commune :	Code Postal :

Avez-vous un référent social ? : Oui  Non

Si « Oui » lequel : .....

### 6. Vos ressources mensuelles nettes (en euros €)

MOIS DE REFERENCE	Demandeur	Conjoint	Autres personnes
Salaire net			
Retraite nette			
ASSEDIC			
Pension alimentaire reçue			
Pension alimentaire versée			
Allocation adulte handicapés (A.A.H.)			
Revenu Minimum d'insertion (R.S.A.)			
Allocation parent isolé (A.P.I.)			
Allocation parentale d'éducation (A.P.E.)			
Allocation jeune enfant (A.J.E.)			
Fond national solidarité (F.N.S.)			
Allocations familiales (*hors A.P.L.)			
Aide au logement (A.P.L. , A.L.)			
Autres (hors A.P.L.)			
<b>TOTAL</b>			

### 7. Vos dépenses mensuelles nettes (en euros €)

MOIS DE REFERENCE	Demandeur	Conjoint	Autres personnes
Loyer brut			
Charges locatives			
Facture d'eau			
Facture d'électricité			
Facture de téléphone			
Assurance habitation			
Assurance de véhicule			
Frais de mutuelle			
Frais de cantine			
Frais de scolarité			
Taxe d'habitation			
Taxe foncière			
Pension alimentaire			
Autres : .....			
<b>TOTAL</b>			

CADRE RESERVE AU TRAVAILLEUR SOCIAL		
Restant à vivre par personne	QJ : ressources – charges	€
	Nbre de pers. X 30	

Date de la demande :

Signature du demandeur