**DEMANDE DE REDUCTION**

**RESTAURANT SCOLAIRE**

Cette demande de réduction s’adresse aux familles salinoises.

Les demandes de réduction sont étudiées, de manière anonyme, lors des conseils d’administration tenus par le Centre Communal d’Action Sociale (C.C.A.S) de Salins-les-Bains.

Suite à l’étude de votre situation, un courrier vous est transmis à votre domicile pour vous informer des suites données à votre dossier.

Pour toute demande d’informations complémentaires, vous pouvez joindre le C.C.A.S au 03 84 73 22 68 – [ccas@mairie-salinslesbains.fr](mailto:ccas@mairie-salinslesbains.fr)

**NOMS – PRENOMS – COORDONNEES DES RESPONSABLES LEGAUX**

Mère : …………………………………………………………………………………………………………………………….

Père : ……………………………………………………………………………………………………………………………..

**SITUATION PROFESSIONNELLE DES RESPONSABLES LEGAUX**

Mère : …………………………………………………………………………………………………………………………….

Père : ……………………………………………………………………………………………………………………………..

**COMPOSITION DU FOYER**

Nom : ………………………….. Prénom : ……………………. Né(e) le : ……………………

Nom : ………………………….. Prénom : ……………………. Né(e) le : ……………………

Nom : ………………………….. Prénom : ……………………. Né(e) le : ……………………

Nom : ………………………….. Prénom : ……………………. Né(e) le : ……………………

**ENFANT(S) CONCERNE(S) PAR LA DEMANDE**

Prénom : ………………………………. Ecole : ………………………………. Classe : ………………………….

Prénom : ………………………………. Ecole : ………………………………. Classe : ………………………….

Prénom : ………………………………. Ecole : ………………………………. Classe : ………………………….

**BUDGET DU FOYER**

***Les ressources et les charges doivent être justifiées. L’avis d’impôt 2018 sur les revenus 2017 est à fournir.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RESSOURCES** | | **CHARGES** | |
| Salaire |  | Loyer |  |
| Indemnités chômage |  | Charges |  |
| Pension d’invalidité |  | Chauffage |  |
| Indemnités journalières |  | Eau |  |
| Retraite |  | Electricité |  |
| Pension réversion |  | Gaz |  |
| *Prestations familiales / sociales*   * Allocations familiales * Complément familial * Aide au logement * Allocation Adulte Handicapé * Allocation de Soutien Familial * RSA * Prime d’activité * Autres |  | Téléphone |  |
| Autres ressources |  | Impôts (taxe habitation, foncière, revenus) |  |
| **TOTAL** |  | Assurances (mutuelle, habitation, voiture) |  |
| Pension alimentaire |  |
| Frais de garde |  |
| Frais de transport |  |
| Crédits (préciser la nature) |  |
| **TOTAL** |  |

Reste à vivre mensuel : ………………………………………………………………………………….

*(ressources – charges) / nombre de personnes au foyer*