

## DEMANDE DE PRET A 0% POUR L'ACHAT DE MATERIEL OU D'AMENAGEMENT SPECIFIQUE LIE AU HANDICAP

### POURQUOI ?

Les prêts « Handicap » sont des prêts d'urgence pour vous aider à **financer un matériel ou un aménagement** lié à votre situation de handicap comme :

Aménagement pour une douche adaptée, fauteuil roulant, fauteuil releveur, appareils auditifs, monte escalier, lit médicalisé, du matériel pédagogique adapté ... (liste non exhaustive)

Le montant maximum accordé est de **5 000€** remboursable en **72 mois maximum** (limité à la durée du contrat pour le personnel temporaire).

### POUR QUI ?

- Aussi bien les agents titulaires, les retraités, les personnels temporaires et les étudiants.

### COMMENT ?

1. Complétez les pages 2 à 5
2. Les pages 6 et 7 : « Cession volontaire sur salaire » et « ordre de virement » doivent être **uniquement** signées.
3. Fournir **tous** les justificatifs, ils sont indispensables pour l'évaluation de votre demande.

En cas de besoin, l'assistante sociale de l'Inserm ou de votre commune peut vous aider à constituer le dossier et y ajouter un rapport qui permet une meilleure compréhension de votre situation.

Coordonnées des assistantes sociales Inserm sont disponibles sur le site internet Inserm pro :  
<https://pro.inserm.fr/rubriques/ressources-humaines/laction-sociale-a-linserm/service-social-du-personnel>

4. Votre demande doit être adressée à l'adresse suivante :

✉ CAES Inserm – Secteur Solidarité et Handicap – 93, avenue de Fontainebleau – 94270 Le Kremlin-Bicêtre

@ [soraya.louahchi@inserm.fr](mailto:soraya.louahchi@inserm.fr)

5. Une fois réceptionné, votre dossier ainsi que les pièces justificatives restent **confidentiels**. La commission étudiera votre demande de façon **anonyme**.
6. Une réponse vous sera transmise dans les plus brefs délais.

La commission se réunit seulement lorsqu'un dossier est complet; Il est important de fournir l'ensemble des pièces pour que vous puissiez avoir une réponse rapidement.

**Motif de la demande et/ou rapport social**

Le but de cette page est d'exposer votre situation, l'objet de votre demande et tout éléments permettant à la commission de comprendre votre besoin.

**N'hésitez pas à contacter l'assistante sociale de votre secteur, un rapport de celle-ci est un complément au dossier.**

<b>Montant de prêt demandé (maximum 5 000€):</b>	
<b>Durée de remboursement souhaité (maximum 72 mois) :</b>	

**Informations personnelles du demandeur****NOM****Prénom****Date de naissance****Adresse personnelle****Mail personnel****Téléphone personnel****Adresse complète de la banque****Informations professionnelles du demandeur**• **Grade:**• **Indice:**• **Statut:** Titulaire Contractuel (CDD, étudiant, vacataire) Retraité CDI

Date de fin de contrat \_\_\_\_\_

**Adresse professionnelle****Mail professionnel****Téléphone professionnel****Situation familiale** Couple ( marié(e) ; pacsé(e) ; vie maritale) Divorcé(e) Célibataire Veuf(ve)**Enfants****Nom et prénom****Date de naissance****Situation de handicap****Autres personnes à charges figurant sur votre avis d'imposition (en dehors du conjoint)**

## Informations budgétaires

RESSOURCES	Montant mensuel	
	Agent	Conjoint
Revenu (salaire, retraite, pôle emploi)		
Pension d'invalidité		
Prestations familiales		
Pensions alimentaire, rente		
Autres revenus à préciser		
<b>SOUS-TOTAL</b>		
<b>TOTAL RESSOURCES</b>		
CHARGES	Montant mensuel	
Loyer + charges ou remboursement crédit immobilier		
Taxe foncière		
EDF		
Eau		
Téléphone internet (Box)		
Téléphone(s) mobile(s)		
Frais de transport		
Mutuelle		
Pensions alimentaires		
Assurance habitation		
Assurance(s) automobile(s)		
Cantine/garderie/garde d'enfant		
Frais santé mensuel non remboursés		
Crédit 1 Montant total emprunté : Mensualités restantes :		
Crédit 2 Montant emprunté : Mensualités restantes :		
Autres charges à préciser : - -		
<b>TOTAL CHARGES</b>		
<b>RESSOURCES – CHARGES = RESTE A VIVRE</b>		

**Pièces complémentaire à fournir selon les éléments fourni dans le tableau : (il est impératif de fournir l'ensemble des documents afin d'évaluer votre demande au mieux)**

**1- Pour justifier vos ressources :**

- Dernier bulletin de salaire ou pension de retraite de l'agent ET du conjoint et/ou pension d'invalidité, relevé pôle emploi.
- Dernier avis de prestations familiales.
- Le contrat de travail si CDD ou vacataire.
- Dernier avis d'imposition sur le revenu du foyer. (Fournir les 2 avis si déclaration séparée)
- Jugement si pension alimentaire perçue.

**2- Pour justifier vos charges mensuelles :**

- Dernière quittance de loyer
- Echancier charges de copropriété
- Avis taxe foncière si vous êtes propriétaire.
- Jugement si pension alimentaire versée.

L'ensemble des factures :

- EDF
- Eau
- Téléphone, internet
- Assurances (habitation, assurances vie, automobile, accident de la vie...)
- Mutuelle
- Frais de transport
- Cantine, garderie
- Factures frais médicaux non remboursés (psychologue, neuropsychologue, psychomotricité, aide aux devoirs dans le cadre d'un handicap...)
- Tableaux d'amortissements des prêts en cours.

**3- Pour comprendre votre situation :**

- Extraits bancaires de l'ensemble des comptes sur les 3 derniers mois. (Comptes joints, comptes personnels)
- Notification MDPH
- Lettre de relance pour retard de paiement.

**« Je m'engage à fournir à la commission les justificatifs qui pourraient m'être demandés en complément de ce dossier et déclare que les renseignements portés sur ma demande sont exacts. »**

Fait à

Le :

Signature



Prêt N° :

**ORDRE DE VIREMENT**

**Remplir uniquement \* 1ère ligne et 2ème ligne, dater et signer**

A l'attention de:.....

\*Je soussigné(e) .....

\*Demeurant.....

.....

\*\*\*\*\*

**Partie complétée par le Caes :**

Demande à .....

de prélever mensuellement sur mon compte

N°.....

La somme de.....

A compter de la première mensualité à la date du :.....

Montant de la dette totale : .....

Jusqu'à l'extinction de la dette.

Au profit du CAES de l'Inserm

**CCP : 32 713 46 B 033 LA SOURCE Clé RIP : 63**

**IBAN : FR08 2004 1010 1232 7134 6B03 363**

**\*Fait à**

**\*Le**

**\*Signature**



Prêt N° :

**CESSION VOLONTAIRE SUR SALAIRE**

**Remplir uniquement \* 1ère ligne et 2ème ligne, dater et signer**

Montant total de La cession : .....

\*Je soussigné(e) .....

\*Demeurant .....

.....

\*\*\*\*

**Partie complétée par le Caes :**

Demande à Monsieur l'Agent Comptable de l'Inserm, de prélever mensuellement sur mon salaire, la somme de (en lettre) : .....

.....

A compter de la première mensualité à la date du : .....

Jusqu'à l'extinction de la dette.

Au profit du CAES de l'Inserm

**CCP : 32 713 46 B 033 LA SOURCE Clé RIP : 63**

**Fait à**

**Le**

Signature