

## Comité d'action et d'entraide sociale de l'Inserm DEMANDE DE PRÊT SOLIDARITÉ

Les prêts « Solidarité » sont des prêts d'urgence à 0% d'intérêt qui ont pour but de vous aider quand vous vous trouvez confrontés à une situation financière difficile et imprévue .

Pour nous permettre de mieux étudier votre demande de prêt, précisez-nous son objet et ses motifs. Exposez-nous de façon détaillée, les circonstances qui ont modifié votre situation financière.

N'hésitez pas à préciser l'historique de la situation et surtout à joindre les pièces justificatives. Tous les renseignements fournis sont confidentiels. Votre dossier est étudié par la commission solidarité dans le plus strict anonymat.

Le montant maximum accordé est de 3600 € remboursable en 48 mois. Pour les CDD et vacataires, l'échelonnement du remboursement du prêt ne peut excéder la durée du contrat Inserm.

### **Pièces à joindre à ce dossier :**

#### **1) Photocopie :**

- des pièces justifiant votre demande de prêt et pouvant appuyer votre demande,
- du dernier bulletin de salaire Inserm et/ou de pension pour l'agent
- dernier bulletin de salaire et/ou de pension et /ou des ASSEDIC du conjoint,
- des derniers avis de prestations familiales,
- du contrat pour les CDD et vacataires,
- du dernier avis d'imposition sur le revenu (si vie maritale celui du concubin),
- du dernier avis d'imposition, de la taxe d'habitation, et de la taxe foncière si vous êtes propriétaire,
- de la dernière quittance de loyer, EDF, GDF, Eau,-etc.
- des tableaux d'amortissements, du ou des prêts en cours,
- de vos extraits bancaires ou postaux sur les 3 derniers mois,

#### **2) Page 2 à 4 à compléter par le demandeur**

#### **3) Un relevé d'identité postale ou bancaire.**

#### **4) la cession sur salaire signée et non complétée page 5.**

#### **5) l'ordre de virement, avec les références de compte bancaire doit être signé et non complété page 6**

**Afin de préserver la confidentialité de ce dossier, veuillez libeller votre courrier comme indiqué ci-dessous.**  
CAES Inserm –secteur solidarité -93, avenue de Fontainebleau-94270 le Kremlin Bicêtre

**Contact :** Tel 01 82 53 34 40 – Mail : [sylvie.dupuy@inserm.fr](mailto:sylvie.dupuy@inserm.fr)

## Motif de la demande

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

### Maximum accordé : 3600 € remboursable sur 48 mois

Montant du prêt demandé	€
Durée de remboursement souhaité	

**La solidarité c'est aussi le remboursement régulier des prêts accordés, ce qui permet à la commission de continuer à répondre à d'autres demandes**

# Situation familiale

Demandeur		
NOM		
PRÉNOM		
Date de naissance		
Adresse personnelle		
Mail personnel		
Téléphone personnel	Fixe :	Portable :
Adresse professionnelle		
Mail professionnel		
Téléphone professionnel	Fixe :	Portable :

Date d'entrée à Inserm :					
	CDD	Vacataire	Titulaire	CDI	Retraité
ITA					
Chercheur					
Grade :	Indice :				

Situation familiale (cochez la situation vous concernant)			
Couple (marié(e), pacsé(e), vie maritale) <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>	Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	
En instance de divorce <input type="checkbox"/>	Veuf (ve) <input type="checkbox"/>		

Enfants à charge		
Noms et prénoms	Date de naissance	Scolarisé(s)
Autres personnes à charges figurant sur votre avis d'imposition (en dehors de votre conjoint)		
Noms et prénoms	Date de naissance	Parenté

**Adresse exacte et complète de votre banque :**

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

**Fait à :**

**le :**

**signature :**

# Formulaire Budget

Ressources				Montant mensuel
Revenus de l'agent (salaire et primes)				
Revenus du conjoint (salaire et primes)				
Prestations Familiales				
Pensions (Alimentaire ou autre), rente				
Autres revenus (à préciser)				
<b>TOTAL RESOURCES</b>				

Charges Permanentes					Montant mensuel
Loyer					
Charges locatives					
Accession à la propriété					
	Montant emprunté	Début crédit	Fin de crédit		
Charges de copropriété					
Autres prêts					
	Montant emprunté	Début crédit	Fin de crédit		
<b>Sous-total : 1</b>					
Impôts et Taxes					
Mensualisé ?					
Impôts sur les revenus	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Taxe d'habitation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Taxe foncière	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
<b>Sous-total : 2</b>					
EDF					
Gaz					
Eau					
Chauffage					
Téléphone (internet +fixe)					
Téléphone mobile					
Frais de transport					
Autre Charges					
<b>Sous- total : 3</b>					
Assurances					
Organismes					
Habitation					
Véhicules					
Complémentaire santé					
<b>Sous-total : 4</b>					
<b>Total 1+2+3+4</b>					
<b>Vos difficultés financières actuelles</b>					
Retard du ou des loyers					
Charges exceptionnelles					
Découvert bancaire					
Retard paiements d'impôts					
Autres dettes					
Autres dettes					

[Sylvie.dupuy@inserm.fr](mailto:Sylvie.dupuy@inserm.fr)

Tel 01 82 53 34 40

Prêt N° :

**CESSION VOLONTAIRE SUR SALAIRE**

Montant total de La cession :.....

\*Je soussigné(e) M .....  
.....

\*Demeurant au .....  
.....  
.....

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

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

[Sylvie.dupuy@inserm.fr](mailto:Sylvie.dupuy@inserm.fr)

Tel 01 82 53 34 40

Prêt N° :

Ordre de virement

A l'attention de : .....

\*Je soussigné(e) M .....  
.....

\*Demeurant au .....  
.....  
.....

Demande à.....

de prélever mensuellement sur mon compte N° :

.....

La somme de .....

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

Jusqu'à la dernière 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

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