

EN BREF

- Je remplis le formulaire, sans oublier de mettre mes coordonnées
- Je joins les pièces demandées sans oublier le devis fourni par le partenaire social
- Je retourne le formulaire au CCAS qui m'informerá par mail ou par courrier
- Suis-je éligible ? Oui, si je suis orienté(e) par un partenaire local (associations, institutions, établissements médico-sociaux. Par exemple, le centre social ADAJ, l'AROEVEN...)

+ BON À SAVOIR

Le dossier doit impérativement être instruit avec un travailleur social, un référent vacances ou l'accompagnateur du projet.

BESOIN D'UN RENSEIGNEMENT ?

Je contacte le CCAS

- par téléphone 02 31 36 24 28
- ou par mail : stlejeune@mairie-douvres14.com



EXISTE-T-IL D'AUTRES AIDES ?

LES AIDES DE LA CAF

Le **COUP D'POUCE** : une aide aux vacances pour les départs en famille sur motivation d'un accompagnateur social du projet.

LES CHÈQUES VACAF :

ces chèques vous sont transmis directement par la CAF

Renseignements sur caf.fr - rubrique «ma caf» - «offre de service» - «enfance et jeunesse»

N'oubliez pas de vous renseigner également sur les **PASS ACTIVITÉS** et les **PASS VACANCES JUNIOR** du **CCAS de Douvres-la-Délivrande**

Mairie, 8 Route de Caen CS 10033 | Tél. 02 31 36 24 28
14440 Douvres-la-Délivrande
stlejeune@mairie-douvres14.com



QU'EST-CE QUE C'EST ?

+ BON À SAVOIR

Plusieurs demandes sont possibles dans la limite d'un plafond annuel

Le PASS VACANCES POUR TOUS est une aide financière,

pour des vacances, excursions et mini-séjours organisés par ou avec les partenaires locaux.

POUR QUI ?

Pour les familles ou personnes seules, sous condition de ressources (voir page 3) dans la limite du montant des aides votées par le CCAS.

COMMENT L'OBTENIR ?

Retourner le formulaire de demande

(à remplir page 2)
à Stéphanie LEJEUNE, CCAS Tél. 02 31 36 24 28

Par courrier : Mairie, 8 Route de Caen CS 10033
14440 Douvres-la-Délivrande

ou par mail : stlejeune@mairie-douvres14.com

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOYER

NOM _____

Prénom _____

Adresse _____

14440 DOUVRES-LA-DÉLIVRANDE

Téléphone : _____ Mail : _____

Nombre de personnes vivant au foyer : _____

PERSONNE(S) CONCERNÉE(S) PAR LA DEMANDE

NOM, Prénom : _____ NOM, Prénom : _____

NOM, Prénom : _____ NOM, Prénom : _____

NOM, Prénom : _____ NOM, Prénom : _____

N° ALLOCATAIRE CAF : _____

À _____ Le _____

Signature :

PIÈCES À JOINDRE

POUR LES ALLOCATAIRES MSA :
Attestation de paiement

POUR LES NON ALLOCATAIRES CAF OU MSA :
Avis d'imposition de l'année précédente

Pour tous :
Devis de l'organisme

Le responsable du traitement des données recueillies via le présent formulaire est Monsieur le maire de la ville de Douvres-la-Délivrande. Les informations portées sur ce formulaire sont destinées à traiter la demande d'aide financière. Le destinataire des données est le CCAS de la ville de Douvres-la-Délivrande. Les données ainsi recueillies sont conservées pendant dix ans. En vertu du règlement général de l'UE sur la protection des données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à Monsieur le maire de la ville de Douvres-la-Délivrande, 8 route de Caen, 14440.

BARÈMES (SELON QF CAF)

QF INFÉRIEUR OU ÉGAL À 620€	Participation du CCAS à hauteur de 70 % du reste à charge Plafond annuel de 350€ par foyer
QF COMPRIS ENTRE 621€ ET 750€	Participation du CCAS à hauteur de 50 % du reste à charge Plafond annuel de 250€ par foyer
QF COMPRIS ENTRE 751€ ET 1 000€	Participation du CCAS à hauteur de 30 % du reste à charge Plafond annuel de 150€ par foyer

PARTIE RÉSERVÉE AU CCAS

QF : _____ €	TRANCHE : _____	TOTAL : _____ €
BÉNÉFICIAIRE 1 : _____		Montant du reste à charge : _____ €
Séjour : _____	Coût du séjour : _____ €	_____ €
BÉNÉFICIAIRE 2 : _____		Montant du reste à charge : _____ €
Séjour : _____	Coût du séjour : _____ €	_____ €
BÉNÉFICIAIRE 3 : _____		Montant du reste à charge : _____ €
Séjour : _____	Coût du séjour : _____ €	_____ €
BÉNÉFICIAIRE 4 : _____		Montant du reste à charge : _____ €
Séjour : _____	Coût du séjour : _____ €	_____ €
BÉNÉFICIAIRE 5 : _____		Montant du reste à charge : _____ €
Séjour : _____	Coût du séjour : _____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> VERSEMENT ORGANISME		
<input type="checkbox"/> VERSEMENT BÉNÉFICIAIRE		<input type="checkbox"/> RIB JOINT