

**FORMULAIRE DE DEMANDE EXCEPTIONNELLE**

**« AIDE D’URGENCE CHIDO »**

*La caisse de sécurité sociale de Mayotte réaffirme son soutien aux habitants de Mayotte suite au passage du cyclone Chido, en déployant une aide exceptionnelle « l’Aide d'urgence Chido », pour les familles allocataires.*

**Veuillez déposer votre dossier complet par e-mail :** [social@css-mayotte.fr](mailto:social@css-mayotte.fr)

**NUMERO ALLOCATAIRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **ALLOCATAIRE** | **CONJOINT (E)** |
|  |  |

**SITUATION ADMINISTRATIF**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ALLOCATAIRE** | |
| Civilité | Mme M. | |
| Nom |  | |
| Nom de naissance |  | |
| Prénom(s) dans l’ordre de  l’état civil |  | |
| Date de naissance | *(jj/mm/aaaa)* | |
| Ville de naissance |  | |
| Département / Pays de naissance |  |  |
| Situation matrimoniale | * Marié(es)  Pacsé(es)  Célibataire  Union libre * Veuf(ve)  Divorcé(e) | |
| Adresse actuelle | ......................................................................................................................................................... Ville : ................................................................................................................ | |
|  | |
| Téléphone | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| Adresse e-mail | ........................................................................... ........................................................................... | |
| Montant demandé | ........................................................................... ........................................................................... | |

**COMPOSITION FAMILIALE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom et prénoms** | **Lien de parenté** | **Date de naissance** | **Situation professionnelle ou scolaire** |
| …………………………  …………………………  …………………………  …………………………  …………………………  ………………………… | ……………………  ……………………  ……………………  ……………………  ……………………  …………………… | ………………  ………………  ………..……  ………..……  ………..……  ………..…… | ……………………………………  ……………………………………  …………..………………………  …………..………………………  …………..………………………  …………..……………………… |

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ALLOCATAIRE** | **CONJOINT (E)** |
|  |  |  |

**RESSOURCES ACTUELLES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ALLOCATAIRE** | **CONJOINT (E)** |
| Revenu fiscal de référence 2023 |  |  |
| Salaire |  |  |

\*Si y’a un changement de situation merci de nous fournir les éléments.

**ARTICLE DE PREMIER NECESSITE**

|  |  |
| --- | --- |
| **ELECTROMENAGER**   * **REFRIGERATEUR** * **CONGELATEUR** * **GAZINIERE** * **MICRONDES** * **LAVE LINGES** * **AUTRES ……….** | **MOBILIER**   * **LIT** * **MATELAS** * **ARMOIRE** * **BUREAU DE TRAVAIL** * **TABLES** * **AUTRES …………….** |

**EXPOSE DE LA SITUATION**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Je certifie sur l’honneur l’exactitude de l’ensemble des renseignements indiqués précédemment.

Et je m’engage à fournir au service social de la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte, les factures justifiants l’achat des articles concernés avant le 30 juillet 2025. A défaut de transmission des justificatifs dans ce délai, la somme octroyée sera retenue sur mes prestations sociales.

Fait à, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature allocataire**