

**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

**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**