

### DEMANDE D'AIDE AUX VACANCES 2021

- 1 Le parent complète et signe la rubrique n°1 au verso puis présente ce document au centre de vacances avec les justificatifs d'aides financières (CAF, Comité d'entreprises)
- 2 Le représentant de l'organisme de vacances complète et signe la rubrique n°2 au verso.
- 3 Le parent rapporte ce document au CCAS avec le livret de famille, le justificatif du quotient familial CAF et des autres aides financières (CE...)
- 4 Le CCAS remet au parent une "prise en charge d'aide aux vacances 2020" à transmettre au centre de vacances.

Le montant inscrit sur la prise en charge sera déduit des frais de séjour  
et versé directement à l'organisme

### BAREME DE PARTICIPATION JOURNALIERE DU CCAS

QUOTIENT FAMILIAL CAF	PARTICIPATION JOURNALIERE DU CCAS	AIDE MAXIMALE
inférieur à 400 €	10 €	150 €
de 400 € à 550 €	8 €	120 €
de 551 € à 700 €	6 €	90 €
de 701 € à 850 €	4 €	60 €

L'aide du CCAS peut être accordée pour plusieurs séjours, mais dans la limite de 21 jours aidés par an et par enfant.

Date limite de dépôt de la demande au centre social : **15 jours avant le terme de la période de vacances scolaires concernée.**

**1 - A COMPLETER PAR LES PARENTS**  
**PARENT RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse du domicile (plus de 3 mois à L'Hôpital)

Comité Entreprise    oui     non     Employeur

**CONJOINT**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Comité Entreprise    oui     non     Employeur

N° allocataire CAF \_\_\_\_\_ Quotient CAF \_\_\_\_\_  
ou autre régime \_\_\_\_\_ joindre copie

Téléphone domicile \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_  
ou Tél. travail \_\_\_\_\_

**ENFANT**

Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

AUTRES AIDES	Montant pour le séjour ou le forfait
CAF Bons vacances	
Comité d'Entreprise	
Autres ( à préciser)	
<b>TOTAL</b>	

Le CCAS n'intervient qu'après déduction de toutes les aides obtenues auprès des autres organismes (CAF, Comité d'entreprise,...) et se réserve la possibilité de vérifier les informations ci-dessus)

Le CCAS de L'Hôpital vous informe que les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du dispositif " aide aux vacances" sont destinées à l'instruction d'une demande financière de votre part.

Ce traitement de données, mis en oeuvre par le CCAS est fondé sur l'exécution d'une mission de service public qui lui incombe. La durée de conservation des données vous concernant est de 10 ans.

Vous disposez du droit d'accès aux données vous concernant, de celui de les faire restituer, de demander leur suppression si elles ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées.

Vous pouvez vous opposer au traitement pour des raisons tenant à votre situation particulière.

Vous pouvez exercer vos droits en contactant le service à l'adresse suivante : CCAS 19 Rue de la Mairie 57490 L'HOPITAL ou par mail ccas@ville-lhopital.fr.

A L'Hôpital, le

**Parents**

Signature attestant l'exactitude  
des informations ci-dessus

**2 - A COMPLETER PAR L'ORGANISME**

N° de récépissé \_\_\_\_\_

Nom Organisme \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Lieu du séjour \_\_\_\_\_

Dates du séjour	du	Nombre de jours	
	au	Coût par jour	
<b>Organisme</b>		Coût total	

Signature du responsable et cachet confirmant l'inscription

A L'Hôpital, le

**MONTANT DE L'AIDE DU CCAS** \_\_\_\_\_

**CCAS**

Signature de la Vice-Présidente et cachet confirmant la prise en charge

A L'Hôpital, le