



Aide à la Mobilité « **MobiPlus** »

Je soussigné(e) : Mme, M. : Prénom :.....
Né(e) le : Sexe : F M
Situation familiale :
Adresse :
.....
Code Postal : Ville :

Bénéficiaire RSA Socle <input type="checkbox"/>	Jeune suivi par la Mission Locale ou PAIO <input type="checkbox"/>
---	--

L'attestation RSA ou de suivi Mission Locale du mois en cours doit **obligatoirement** être joint à la fiche demande sinon le dossier sera refusé.

demande à bénéficier des chèques-mobilité

1ère DEMANDE pour l'année <input type="checkbox"/>	RENOUVELLEMENT pour l'année <input type="checkbox"/>
--	--

Je certifie sur l'honneur que je ne dispose pas d'un moyen de transport individuel ou familial ou qu'il n'est pas en état de marche.

Je m'engage à utiliser les chèques strictement pour mon usage personnel et dans le cadre de mon projet d'Insertion validé.

Je suis informé(e) que ma déclaration pourra être contrôlée et qu'une vérification de la bonne utilisation des chèques-mobilité pourra être effectuée et j'accepte ces contrôles.

A le

Signature du demandeur

* *Le demandeur doit avoir utilisé la totalité des chèques pour prétendre à un renouvellement.*

* *Le seul accès au garage associatif DETOURS pour des réparations peut permettre d'obtenir 2 chèquiers simultanément.*

T.S.V.P.

MOTIFS DE LA DEMANDE

POUR TOUS LES DEMANDEURS :

Nature des démarches engagées et modalités d'accompagnement du demandeur :

acquisition d'autonomie dans la vie quotidienne	accès à l'emploi	accès à la formation	autres, préciser	Préciser les modalités d'accompagnement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Usage envisagé du chéquier :

taxis	transports en commun	location mobylette	garage Détours	Actyroles
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POUR LES BENEFICIAIRES DU RSA, nature et objectifs du contrat d'engagement réciproque ou du P.P.A.E. :

Nom, du référent

**Signature du référent :
cachet de l'organisme :**

**Fiche à retourner au Conseil départemental – Pôle des Solidarités Sociales- Service Mobilité
24 rue Saint-Esprit – 63 033 CLERMONT FERRAND Cedex 1**

Cadre réservé au service

Date de réception de la demande à la Direction du territoire de :

.....

Avis:

Favorable :

.....

Défavorable :

.....

Ajournement :

.....