



# Banque Alimentaire des Mascareignes

Ensemble, aidons l'homme à se restaurer

## DEMANDE D'AIDE ALIMENTAIRE

### Bénéficiaire

Nom et prénom du bénéficiaire : .....

Téléphone : 0262..... / 06.....

Adresse : .....code postal.....

### Composition du foyer (y compris le bénéficiaire)

Nom	Prénom	Sexe M / F	Date de naissance	Situation professionnelle	Nature des ressources

Nature des ressources : salaire/ RSA/ allocation retour à l'emploi/prestations familiales/AAH/retraite/ pension invalidité /indemnités maladie / autre

Situation professionnelle : en recherche d'emploi/CDD/CDI/intérim/contrat aidé/en formation/retraité/autre

### Prescription

Motif de la demande (entourez une réponse) : perte d'emploi, rupture de droits, ressources insuffisantes, endettement, gestion budgétaire, frais de santé, jeune en rupture, autres

Total mensuel des ressources financières du foyer : .....

Total mensuel des charges financières du foyer : .....

Montant mensuel du reste à vivre par personne : .....

Le bénéficiaire est orienté vers l'association:.....

### Prescription ponctuelle 1 colis

Ou dans le cadre d'un suivi : du.....au.....(3 mois maximum)

« La prescription d'aide alimentaire répond à un besoin ponctuel limité à un colis par mois, renouvelable sur une durée de 3 mois maximum si nécessaire »

### Prescripteur

Organisme : CCAS, GUT, autre (à préciser) de.....

Travailleur social référent : .....

Date, cachet, signature du prescripteur

Le bénéficiaire est informé que les données ci-dessus pourront être utilisées dans le cadre d'un fichier afin d'établir des données statistiques anonymes.

Date, signature du bénéficiaire

76 rue du Lycée, cours Vue Belle - 97422 La Saline

Tél : 02 62 57 31 01 - Fax : 02 62 57 45 51 - Email : ba974@banquealimentaire.org

Membre de la Fédération française des Banques Alimentaires – www.banquealimentaire.org