

## Demande d'aide matérielle

Le service social traitera votre demande dès que le formulaire dûment rempli et signé lui sera remis muni des documents requis.

Le formulaire et les documents annexés sont nécessaires pour établir vos données personnelles et votre situation économique. Sur cette base, le droit à l'aide sociale est accordé si le besoin est avéré. Nous vous rendons attentif que la langue officielle du district de la Singine est l'allemand.

### 1. Données personnelles

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Rue / no \_\_\_\_\_ NPA / Lieu \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ No AVS \_\_\_\_\_  
No téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Nationalité \_\_\_\_\_ Permis B  C  validité \_\_\_\_\_  
Lieu d'origine \_\_\_\_\_ Sexe m  f   
Date d'arrivée dans le canton de Fribourg \_\_\_\_\_

#### Etat civil

célibataire  marié depuis \_\_\_\_\_  
 séparé(e) de fait depuis \_\_\_\_\_  séparé(e) judiciairement depuis \_\_\_\_\_  
 divorcé(e) depuis \_\_\_\_\_  veuf (veuve) depuis \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà bénéficié d'une aide sociale auprès d'un autre service social ?  oui  non  
Si oui, quand, combien de temps et auprès de quel service social :

### 2. Données conjoint(e) / concubin(e)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Rue / no \_\_\_\_\_ NPA / Lieu \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ No AVS \_\_\_\_\_  
No téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Nationalité \_\_\_\_\_ Permis B  C  validité \_\_\_\_\_  
Lieu d'origine \_\_\_\_\_ Sexe m  f   
Date d'arrivée dans le canton de Fribourg \_\_\_\_\_

#### Etat civil

célibataire  marié depuis \_\_\_\_\_  
 séparé(e) de fait depuis \_\_\_\_\_  séparé(e) judiciairement depuis \_\_\_\_\_  
 divorcé(e) depuis \_\_\_\_\_  veuf (veuve) depuis \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà bénéficié d'une aide sociale auprès d'un autre service social ?  oui  non  
Si oui, quand, combien de temps et auprès de quel service social :

**3. Enfants mineurs / en formation**

**Enfant 1**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ No AVS \_\_\_\_\_  
Lieu d'origine \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_  
 garçon  fille  
L'enfant vit dans le même ménage  oui  non

**Enfant 2**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ No AVS \_\_\_\_\_  
Lieu d'origine \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_  
 garçon  fille  
L'enfant vit dans le même ménage  oui  non

**Enfant 3**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ No AVS \_\_\_\_\_  
Lieu d'origine \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_  
 garçon  fille  
L'enfant vit dans le même ménage  oui  non

**Pour d'autres enfants remplir sous remarques**

**4. D'autres personnes faisant ménage commun**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ No AVS \_\_\_\_\_  
Y a-t-il un lien de parenté  oui  non  
Lien de parenté \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ No AVS \_\_\_\_\_  
Y a-t-il un lien de parenté  oui  non  
Lien de parenté \_\_\_\_\_

**5. Parents du / de la requérant(e)****Requérant(e)**

	<b>père</b>	<b>mère</b>
Nom	_____	_____
Prénom	_____	_____
Adresse	_____	_____
NPA Lieu	_____	_____
Date naissance/décès	_____	_____

**Partenaire**

	<b>père</b>	<b>mère</b>
Nom	_____	_____
Prénom	_____	_____
Adresse	_____	_____
NPA Lieu	_____	_____
Date naissance/décès	_____	_____

**6. Personnes importantes (autre parent de l'enfant, médecin de famille, curateur etc.)**

Nom	_____	Prénom	_____
Adresse	_____	NPA Lieu	_____
Fonction	_____	N° téléphone	_____

Nom	_____	Prénom	_____
Adresse	_____	NPA Lieu	_____
Fonction	_____	N° téléphone	_____

Nom	_____	Prénom	_____
Adresse	_____	NPA Lieu	_____
Fonction	_____	N° téléphone	_____

Nom	_____	Prénom	_____
Adresse	_____	NPA Lieu	_____
Fonction	_____	N° téléphone	_____

**7. Situation professionnelle****Requérant(e)**

Formation / profession apprise : \_\_\_\_\_

Employé(e) en tant que \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_ Taux d'engagement \_\_\_\_\_%

Adresse \_\_\_\_\_ NPA Lieu \_\_\_\_\_

Salaire mensuel CHF \_\_\_\_\_ brut oui  non Engagement limité oui  non  si oui, jusqu'au \_\_\_\_\_Chômage depuis \_\_\_\_\_ Annoncé à l'ORP oui  non 

Nom et adresse de la caisse de chômage \_\_\_\_\_

**Partenaire**

Formation / profession apprise : \_\_\_\_\_

Employé(e) en tant que \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_ Taux d'engagement \_\_\_\_\_%

Adresse \_\_\_\_\_ NPA Lieu \_\_\_\_\_

Salaire mensuel CHF \_\_\_\_\_ brut oui  non Engagement limité oui  non  si oui, jusqu'au \_\_\_\_\_Chômage depuis \_\_\_\_\_ Annoncé à l'ORP oui  non 

Nom et adresse de la caisse de chômage \_\_\_\_\_

**Enfant (seulement nécessaire si en formation et dans le même ménage)**

Formation / profession apprise : \_\_\_\_\_

Employé(e) en tant que \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_ Taux d'engagement \_\_\_\_\_%

Adresse \_\_\_\_\_ NPA Lieu \_\_\_\_\_

Salaire mensuel CHF \_\_\_\_\_ brut oui  non Engagement limité oui  non  si oui, jusqu'au \_\_\_\_\_Chômage depuis \_\_\_\_\_ Annoncé à l'ORP oui  non 

Nom et adresse de la caisse de chômage \_\_\_\_\_

**8. Assurances**

<b>Requérant(e)</b>	<b>oui</b>	<b>nom</b>	<b>Compagnie</b>
Assurance maladie LAMal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance maladie LCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance ménage et RC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Protection juridique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

<b>Partenaire</b>	<b>oui</b>	<b>nom</b>	<b>Compagnie</b>
Assurance maladie LAMal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance maladie LCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Protection juridique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

<b>Enfant 1</b>	<b>oui</b>	<b>nom</b>	<b>Compagnie</b>
Assurance maladie LAMal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance maladie LCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

<b>Enfant 2</b>	<b>oui</b>	<b>nom</b>	<b>Compagnie</b>
Assurance maladie LAMal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance maladie LCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

<b>Enfant 3</b>	<b>oui</b>	<b>nom</b>	<b>Compagnie</b>
Assurance maladie LAMal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance maladie LCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**9. Logement**

Locataire    propriétaire    autre (p.ex. en institution)    sous-locataire

Nom et adresse du bailleur \_\_\_\_\_

Loyer mensuel CHF \_\_\_\_\_ charges par mois CHF \_\_\_\_\_

Bail valable depuis \_\_\_\_\_ nombre de pièces \_\_\_\_\_

Nombre d'habitant dans le ménage \_\_\_\_\_ adultes \_\_\_\_\_ enfants

**10. Fortune****Véhicule(s)**oui  non 

Marque \_\_\_\_\_ kilométrage \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Marque \_\_\_\_\_ kilométrage \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

**Biens immobiliers / appartements, immeubles (aussi à l'étranger)**oui  non 

Adresse \_\_\_\_\_ valeur \_\_\_\_\_

**Informations sur tous les comptes bancaires de toutes les personnes du ménage :**

Propriétaire du compte	Banque	N° IBAN	Solde à la fin du mois dernier

**11. Dettes**Y a-t-il des poursuites engagées contre vous ? oui  non Y a-t-il une saisie de salaire ? oui  non Avez-vous d'autres dettes ? oui  non  lesquelles ? \_\_\_\_\_**12. Autres revenus**

	Requérant(e)	Partenaire
Activité indépendante	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Assurance chômage	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Indemnités journalières maladie	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Indemnités journalières AI	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Indemnités journalières SUVA/LAA	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Allocation maternité	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Allocations enfant	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Pensions alimentaires	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Rentes AI / AVS / LPP	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Prestations complémentaires	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Bourses d'études	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
D'autres ressources	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

**Sozialdienst Sense-Unterland**

Bahnhofplatz 2

Postfach 289

3186 Düdingen

026 505 21 80

sozialdienst@sdunderland.ch

---

**13. Brève description de votre problème**

**14. Remarques**

## 14. Droits et devoirs

### **Devoir d'informer**

Je certifie que toutes les informations fournies sont complètes et conformes à la vérité. Je prends connaissance du fait que les prestations d'aide sociale indûment perçues doivent être remboursées. Je sais que l'obtention de prestations d'aide sociale sur la base d'informations incomplètes et fausses sur ma situation personnelle et financière peut être poursuivie pénalement pour fraude.

### **Obligation d'annoncer**

Je m'engage à informer immédiatement le service social de tout changement dans ma situation personnelle (par ex. composition du ménage, domicile, état civil) et financière (par ex. début d'une activité lucrative, versement de prestations d'assurance, aides de tiers ainsi que tout revenu (TWINT, quel qu'en soit le montant).

### **Réduction de l'indigence (aide personnelle raisonnable)**

Je suis tenu(e) de contribuer dans la mesure du possible à la réduction et à la suppression de l'indigence. Cela comprend la recherche et la prise d'une activité lucrative acceptable (pas seulement dans la profession habituelle), la participation à des mesures acceptables d'intégration professionnelle et/ou sociale et la revendication de droits à des revenus (de remplacement) (p. ex. avoirs salariaux, pensions alimentaires, prestations d'assurance).

### **Utilisation de l'argent de l'aide sociale**

Je m'engage à utiliser les prestations d'aide sociale conformément à leur objectif (p. ex. paiement du loyer, des primes d'assurance maladie, de l'électricité).

### **Obligation de remboursement**

Je donne mon accord pour que les prestations avancées par le service social soient compensées avec les paiements rétroactifs reçus d'assurances tenues de fournir des prestations (p. ex. AVS, AI, PC, indemnités journalières AC) ou de tiers. Je suis conscient(e) que les prestations d'aide sociale perçues doivent être remboursées dès que la situation financière le permet. Je sais que l'obligation de remboursement s'applique également aux héritiers jusqu'à concurrence de leur part d'héritage.

### **Contribution d'entretien de la parenté**

Je prends connaissance du fait que les parents en ligne ascendante et descendante (p. ex. parents, enfants) sont en principe tenus de m'aider (art. 328 et 329 CC) et que le service social examine, compte tenu des circonstances, une éventuelle contribution et la fait valoir le cas échéant.

### **Absence pour vacances**

Les bénéficiaires de l'aide sociale et les membres de leur famille vivant sous le même toit doivent signaler toute absence de 5 jours ou plus. Toute absence du domicile d'une durée de 5 jours ou plus doit être signalée au service social. Après la 4e semaine, l'aide sociale est réduite ou la pension alimentaire n'est plus versée.

### **Réduction ou suppression des prestations d'aide sociale**

Je suis conscient(e) que les prestations d'aide sociale peuvent être réduites ou supprimées si je ne remplis pas mes obligations ou si je ne respecte pas les conditions du service social.

J'ai lu et compris le formulaire de demande. Toutes les informations que j'ai fournies sont complètes et véridiques. Je prends note que la langue officielle du district de la Singine est l'allemand et que toute la correspondance se fait en allemand.

Lieu, Date \_\_\_\_\_

Signature Requérent(e) \_\_\_\_\_

Signature Partenaire \_\_\_\_\_

## **Documents à fournir**

### **Documents officiels**

- Carte d'identité - passeport / Permis de séjour de toutes les personnes
- Actes de naissance des enfants
- Acte de mariage / convention de séparation – jugement de divorce
- Convention d'entretien (pensions alimentaires)
- Acte de nomination de la curatelle

### **Travail / Chômage**

- Contrat de travail
- Décomptes de tous les revenus des trois derniers mois  
(Décomptes de salaire ou décomptes de l'assurance chômage, AI, PC etc.)
- Lettre de résiliation
- Curriculum vitae
- Inscription à ORP
- Décision de la caisse de chômage

### **Fortune / dettes**

- Relevé de compte des 3 derniers mois de tous les comptes (y compris ceux des enfants) avec mention du solde
- Taxation fiscale actuelle
- Permis de circulation du véhicule
- Pièces justificatives autres revenus

### **Logement**

- Contrat de bail / attestation hypothécaire

### **Assurances / Santé**

- Police d'assurance maladie de toutes les personnes
- Décision de la caisse de compensation sur la réduction des primes d'ass. maladie
- Police ménage / responsabilité civile (RC)
- Certificats médicaux
- Décision AI / PC / AVS / bourse / LPP / allocations enfant
- Police des autres assurances
- Valeur de rachat de l'assurance vie au 31.12. de l'année précédente
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_