



DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ DÉPARTEMENTALE  
SERVICE ADULTES ET LIEN SOCIAL  
Pôle R.M.I.

**Marianne FOURNIER**

HOTEL DU DÉPARTEMENT - 64, AVENUE JEAN BIRAY - 64058 PAU CEDEX 9 - TÉLÉPHONE : 05 59 11 41 78 - MÊL : [marianne.fournier@cg64.fr](mailto:marianne.fournier@cg64.fr)

**REVENU MINIMUM D'INSERTION – DEMANDE DE REMISE D'INDU**

**DEMANDEUR**

**NOM – PRENOM :**

**N° CAF**

**ADRESSE :**

**COMPOSITION FAMILIALE**

| Parenté                   | Nom | Prénom | Sexe | Date et lieu de naissance | Situation scolaire ou professionnelle |
|---------------------------|-----|--------|------|---------------------------|---------------------------------------|
| Conjoint                  |     |        |      |                           |                                       |
| Enfants                   |     |        |      |                           |                                       |
|                           |     |        |      |                           |                                       |
|                           |     |        |      |                           |                                       |
|                           |     |        |      |                           |                                       |
|                           |     |        |      |                           |                                       |
|                           |     |        |      |                           |                                       |
|                           |     |        |      |                           |                                       |
| Autres personnes au foyer |     |        |      |                           |                                       |
|                           |     |        |      |                           |                                       |

Pièces à fournir sur la composition familiale : photocopie du livret de famille



## SITUATION AU REGARD DU LOGEMENT

**Date d'entrée dans les lieux :**

- Propriétaire                       Locataire                       Hébergé                       Sans domicile fixe

**Vous êtes logé en :**

- Immeuble                       Maison individuelle                       Foyer ou centre d'hébergement  
 Hôtel                       Maison de retraite                       Mobile (caravane)

**Type logement :**                       T1                       T2                       T3                       T4                       T5                       T6

**Une procédure d'expulsion est elle en cours ?**

Si oui à quel niveau ?  Commandement à payer  Assignation au tribunal  Jugement rendu

**Avez-vous saisi la commission de surendettement ?**

**Date**

**Signature**

**Pensez à joindre toute pièce justificative. Si le dossier était incomplet, votre demande ne pourrait pas être examinée.**