



Christian FAVIER

Sénateur

Président du Conseil départemental
du Val-de-Marne



**FINANCES
LOCALES
ALERTE!**

LA LETTRE DU PRÉSIDENT

Chère Madame, Cher Monsieur,

En Val-de-Marne, le Conseil départemental mobilise toutes ses forces pour défendre et développer les solidarités face à la crise. C'est pourquoi comme chaque année, nous vous proposons de vous inscrire pour bénéficier du chèque solidarité.

Exceptionnellement, l'édition 2015 de la Fête des solidarités aura lieu le 28 novembre dans 31 lieux du département. Convivial et ouvert à tous les Val-de-Marnais, cet événement est l'un des moments forts de l'engagement du Département contre les injustices.

Au moment où de graves menaces pèsent sur les finances de notre département, le Conseil départemental souhaite pouvoir continuer de lutter contre toutes les formes d'exclusion.

Vous remerciant de votre attention et de votre mobilisation, je vous prie de croire, Chère Madame, Cher Monsieur, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Christian FAVIER

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR LE CHÈQUE SOLIDARITÉ

**POUR VOUS INSCRIRE ET POUVOIR BÉNÉFICIER DU CHÈQUE SOLIDARITÉ,
IL FAUT IMPÉRATIVEMENT REMPLIR CES QUATRE CONDITIONS :**

- Résider dans le Val-de-Marne
- Avoir déclaré vos revenus 2014 dans le Val-de-Marne
- Être non imposable, c'est-à-dire avoir un impôt sur le revenu net avant correction strictement inférieur à 62 €
- Fournir obligatoirement la photocopie recto-verso de votre avis d'imposition 2015 sur les revenus 2014 (attention : votre avis d'imposition doit être correctement photocopié)

Le formulaire doit être dûment rempli et signé. **Il doit être envoyé avec la photocopie de votre avis d'imposition entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 2015** (le cachet de la poste faisant foi) à l'adresse suivante :
Chèque Solidarité - Conseil départemental du Val-de-Marne - 94054 Créteil Cedex

Première demande Renouvellement

Identité du demandeur

M. Mme

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance (indispensable) :

Adresse : _____

Bâtiment : _____ Escalier : _____

Code postal : Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse courriel : _____

Identité du conjoint à renseigner obligatoirement (pour les personnes vivant en couple et ayant fait une déclaration d'impôt commune)

M. Mme

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance (indispensable) :

Date et signature du demandeur :

Le délai de traitement de votre demande est de un mois minimum. Tout dossier incomplet ne pourra pas être traité.

Le montant du chèque solidarité est fixé en fonction de la composition du foyer fiscal, soit le nombre d'adultes et d'enfants pris en considération dans l'avis d'imposition : 1 à 3 personnes : 30 euros ; 4 à 5 personnes : 45 euros ; 6 personnes et plus : 60 euros

Les informations collectées dans ce document sont nécessaires au traitement de votre dossier par le Conseil départemental. Elles feront l'objet d'un traitement informatisé. Seuls les services départementaux en seront destinataires. Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Pour exercer ce droit, veuillez en formuler la demande par écrit à : **Conseil départemental du Val-de-Marne - Chèque Solidarité - Direction de l'Action sociale - 94054 Créteil Cedex**

