

## QUESTIONNAIRE DE DEMANDE INDIVIDUELLE

DEMANDEUR	
CIVILITÉ	Madame      Monsieur
NOM	
PRÉNOM	
ÉTAT CIVIL	
DATE DE NAISSANCE	
DATE D'ÉTABLISSEMENT À GENÈVE	
NATIONALITÉ   PERMIS	
ADRESSE ACTUELLE	
N° DE TÉLÉPHONE	
COURRIEL	

FORMATIONS, ECOLES SUIVIES

ACTIVITÉ(S) PROFESSIONNELLE(S) ACTUELLES OU ANCIENNE(S)

AUTRE AIDE DÉJÀ SOLLICITÉE	
SI OUI PRÉCISEZ : (Administration, service, fondation, autre service, etc.)	
MONTANT OBTENU	

PRESTATIONS DEMANDÉES		
TYPES DE PRESTATION(S)	MONTANT(S)	DESTINATAIRE DU VERSEMENT*
		TIERS BÉNÉFICIAIRE
		TIERS BÉNÉFICIAIRE
		TIERS BÉNÉFICIAIRE
		TIERS BÉNÉFICIAIRE
<b>TOTAL</b>		<i>* Le paiement direct au tiers doit être privilégié (selon devis/facture(s) en annexe). En cas de paiement au bénéficiaire, joindre un justificatif du compte bancaire (IBAN).</i>

<p><b>JE CONFIRME QUE LES ÉLÉMENTS TRANSMIS SONT EXACTS ET COMPLETS.</b></p> <p>Lieu et date :</p> <p>Signature du demandeur :</p>
--

## BUDGET

	Demandeur	Conjoint Concubin	Montant
<b>Revenus</b>			
Salaire			CHF
Pension alimentaire			CHF
Rente AI-AVS			CHF
Rente SPC			CHF
Indemnités chômage			CHF
Allocation familiale			CHF
Allocation d'études ou d'apprentissage			CHF
Allocation logement			CHF
Allocation communale			CHF
Autres			CHF
			CHF
			CHF
			CHF
			CHF
<b>Total des revenus / personne</b>			CHF
<b>Total des revenus du groupe familial</b>		CHF	

<b>Charges</b>			
Loyer (charges comprises)			CHF
Electricité ; gaz (SI)			CHF
Téléphone			CHF
Taxe TV (Serafe)			CHF
Prime d'assurance maladie			CHF
Autres assurances			CHF
Pension alimentaire			CHF
Transports			CHF
Impôts			CHF
Remboursement mensuel d'emprunt(s)			CHF
Autres dépenses			CHF
			CHF
			CHF
			CHF
<b>Total des charges / personne</b>			CHF
<b>Total des charges du groupe familial</b>		CHF	

**SOLDE DISPONIBLE**

**CHF**

Formulaire à renvoyer à la fondation par courriel à l'adresse «[contact@auguste-roth.ch](mailto:contact@auguste-roth.ch) »  
ou courrier postal à l'adresse Fondation Auguste Roth – Cours de Rive 12 – Case postale  
3360 – 1211 Genève 3.