

1/ Demandeur

Nom :

Prénom :

Nom et prénom de l'enfant :

NIA :

N° S.S. :

Adresse :

.....

Code postal : Commune :

TEL :

Vous êtes : CELIBATAIRE MARIE(E) DIVORCE(E) PACSE(E) VEUF(VE)

Vous êtes : ACTIF INACTIF

Vous êtes : HANDICAPE(E)

2/ Documents à fournir

- Prescription médicale de l'année en cours
- Justificatifs de prise en charge des autres organismes (tels que les organismes de sécurité sociale, les collectivités locales, ...)
- Copies de tous les décomptes MUTIEG relatifs aux séances de la Psychomotricité ou Ergothérapie
- Copies des factures acquittées (avec le solde à 0 ou attestation de règlement du praticien)
- Copie de la Carte d'Invalidité avec le taux (si en votre possession)
- Dernier avis d'imposition
- RIB ou RIP
- Certificat de scolarité de tous les enfants de plus de 16 ans (même ceux non concerné par l'aide)

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.

Fait à

Le/...../.....

Signature du demandeur :

Validation de la commission Mutuelle Solidarité :

Prêt pour un passage en commission :

3/ Cadre réservé à la CMCAS

Barème de participation :

Ressources mensuelles prises en compte :

1 - Revenu

2 - Revenus

Participation agent :

Participation du fonds d'action sanitaire et social :

A compter du au