

Document à remettre
à votre correspondant SLV n°

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE
Aide à la qualité de vie
Soumise à conditions de ressources

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de l'aide à la qualité de vie.

Plafond de 80 heures par année civile Attribution de 8 heures à chaque traitement
(Incapacité temporaire)

1 Demandeur

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

NIA :

Numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Courriel :@.....

Adresse :

Code postal : Commune :

2 Ayant-droit (conjoint)

Nom : Prénom :

Date de naissance

3 Documents à fournir

- Dernier Avis d'imposition (des deux conjoints en cas de vie maritale) et dernier bulletin de salaire du conjoint (le cas échéant relevé d'indemnités journalières)
- Relevé d'identité bancaire
- Certificat médical précisant le nombre d'heures et la durée de l'aide.
- Factures acquittées des prestations
- Copie du contrat de travail pour les agents en CDD (quel que soit le contrat)
- Pour les ouvriers-droit percevant une pension d'invalidité (sauf catégorie 1), fournir un justificatif
- Pour les ouvriers-droit percevant une pension de reversion, fournir une copie du bulletin de pension de reversion ainsi qu'une copie de dernier bulletin de salaire
- Notification d'accord ou de refus des organismes extérieurs (CAF)
- Certificat de scolarité de tous les enfants de plus de 16 ans

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

Fait à : Le/...../.....

Signature du demandeur :

4 Cadre réservé à la CMCAS

Barème de participation (de 10% à 90% selon le coefficient social)

Revenu fiscal de référence

Coefficient social

Participation agent

Participation du fonds d'action sanitaire et social

Du au

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS..

Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :

CCAS – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX.

Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.

AIDE A LA QUALITE DE VIE :

**CETTE AIDE EST ACCORDEE UNIQUEMENT EN
COMPLEMENT D'HEURES DES AIDES ACCORDEES PAR
LES ORGANISMES EXTERIEURS ET NON EN
COMPLEMENT FINANCIER**

INTERVENTION PREALABLE DES ORGANISMES EXTERIEURS

Accords ou refus à nous fournir

LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (C.A.F.)

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU
CONJOINT (CPAM)

DU CONSEIL GENERAL DANS LE CADRE DE LA
PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI – enfant
de moins de 6 ans)

DES AUTRES MUTUELLES OU ASSURANCES PRIVEES
PARTICULIEREMENT DANS LE CADRE DES SUITES D'UN
ACCIDENT

DE LA MUTUELLE ENERGIE POUR LES CONTRATS
SUPPLEMENTS SODELI ET CORT

DE L'IDCP DANS LE CADRE D'UNE SORTIE
D'HOSPITALISATION SUITE A ACCIDENT

DES EMPLOYEURS DANS LE CADRE DES SUITES D'UN
AT/MP