



Demande d'Aide aux Dépenses d'Hygiène Année 2021

Justificatifs à joindre à votre formulaire *(tout dossier incomplet vous sera retourné)*

	Dernier avis d'imposition 2020 sur les revenus de 2019 (des deux conjoints en cas de vie maritale)
	Relevé d'Identité Bancaire
	Notification du Conseil Départemental si vous percevez l'APA (A llocation P ersonnalisée d' A utonomie)
	Copie du dernier bulletin de pension de la CNIEG
	Copie du ou des derniers bulletins de pension des autres régimes (CARSAT, CNAV, MSA, AGIRC, ARRCO,...)
	Notification de la participation éventuelle d'autres organismes
	Factures notifiant toutes les dépenses sur vos frais d'hygiène de <u>l'Année 2021</u> <i>(à fournir au fur et à mesure afin de faire des remboursements réguliers)</i>

CMCAS Lorraine Sud/Haute-Marne
Pôle Action Sanitaire et Social
Centre d'Affaires Rives de Marne
5, Rue de l'Abbé Gruet - 52100 SAINT-DIZIER
CCAS-LOR.ASS@asmeg.org

1. DEMANDEUR OUVRANT-DROIT

NOM : Prénom :

NIA :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° de téléphone :

Vous êtes : CELIBATAIRE MARIE(E) DIVORCE(E) CONCUBINAGE
SEPARE(E) VEUF(VE) Partenaire d'un PACS

2. BENEFICIAIRE AYANT-DROIT

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Adresse (à préciser si différente de l'ouvrant droit).....

Code Postal : Ville : N° Tél. :

3. VOTRE SITUATION AU REGARD DES AIDES LEGALES

Percevez-vous l'une de ces aides ?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ◆ Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Prestation Spécifique Dépendance (PSD) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Prestation Compensatrice du Handicap (PCH) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Majoration pour Tierce Personne (MTP) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Si **OUI**, indiquez la date depuis laquelle vous percevez cette aide :/...../.....

Si **NON**, précisez si pour ces aides :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas déposé de demande | <input type="checkbox"/> Votre demande est en cours d'instruction |
| <input type="checkbox"/> Votre demande a été rejetée | <input type="checkbox"/> Vous en avez refusé l'attribution |

Etes- vous en situation de handicap : **Oui** **Non** si oui quel taux : |_____| %

CMCAS Lorraine Sud/Haute-Marne
Pôle Action Sanitaire et Social
Centre d'Affaires Rives de Marne
5, Rue de l'Abbé Gruet - 52100 SAINT-DIZIER
CCAS-LOR.ASS@asmeg.org

Vos ressources

4. VOS REGIMES DE RETRAITE

Percevez-vous, vous ou votre conjoint, une autre retraite que celle de la CNIEG ? OUI NON

Si oui, remplissez le tableau suivant en mettant une **CROIX** en fonction de votre situation et de celle de votre conjoint vis-à-vis de vos régimes de retraites.

Retraites de base	Ouvrant Droit		Ayant Droit	
	Personnelle	Réversion	Personnelle	Réversion
CNIEG				
CRAV				
CARSAT				
Autres régimes, précisez : -..... -..... -..... -.....				

CMCAS Lorraine Sud/Haute-Marne
Pôle Action Sanitaire et Social
Centre d'Affaires Rives de Marne
5, Rue de l'Abbé Gruet - 52100 SAINT-DIZIER
CCAS-LOR.ASS@asmeg.org

Personne à contacter pour le suivi de votre dossier

Vous pouvez indiquer, si vous le souhaitez, les coordonnées d'une personne à contacter pour le suivi de votre dossier :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° de téléphone :

Cette personne est un membre de votre famille, un ami, un proche

votre tuteur ou curateur

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage à prévenir immédiatement la CCAS de toute modification susceptible d'intervenir dans les éléments fournis à l'appui de ma demande et, le cas échéant, à lui rembourser toute somme indûment perçue au titre de l'aide à l'hygiène.

Fait à Le/...../.....

Signature :

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS. Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. 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

CMCAS Lorraine Sud/Haute-Marne
Pôle Action Sanitaire et Social
Centre d'Affaires Rives de Marne
5, Rue de l'Abbé Gruet - 52100 SAINT-DIZIER
CCAS-LOR.ASS@asmeg.org