



**CMCAS Littoral Côte d'Opale**  
**Résidence Stella Mar**  
**60 rue de Folkestone CS 80255**  
**62204 BOULOGNE SUR MER cedex**

# TELE-ASSISTANCE TELE-INFORMATION

**DEMANDE DE PARTICIPATION FINANCIERE CMCAS**

## 1/ DEMANDEUR

**Votre Nom :** .....

**Votre Prénom :** .....

**Votre Adresse :** .....

**Ville** ..... **Code postal :** ..... **n° Tel :** .....

**Votre date de naissance :** /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ **Age :** /\_/\_/\_ **ans**      **Votre NIA :** /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

- Vous êtes     **CELIBATAIRE**                       **VEUF (VE)**                       **MARIE(E)**  
 Vous êtes     **SEPAR(E)**                               **DIVORCE(E)**                       **EN CONCUBINAGE**  
 Vous êtes     **ACTIF**     **INACTIF**                               **HANDICAPE(E)**

- Vous êtes bénéficiaire de l'APA pour la Télé-assistance ou télé-information     **OUI**                       **NON**  
 Vous êtes bénéficiaire de l'APA pour une autre aide                                       **OUI**                       **NON**  
 Vous souffrez une grande déficience visuelle     **OUI**                       **NON**  
 Vous avez une reconnaissance handicap supérieur ou égale à 50 %                       **OUI**                       **NON**  
 Vous avez une pathologie mettant en jeu le pronostic vital                               **OUI**                       **NON**

## 2/ CONJOINT OU CONCUBIN

**Son Nom :** .....**Son Prénom :** .....**Date de naissance :** /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

**Le conjoint est-il :**     **RETRAITE(E)**                       **EN ACTIVITE**                       **HANDICAPE(E)**

## 3/ AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

Nom et Prénom	Date de Naissance	Parenté	Emploi occupé	Observations

# IMPORTANT

**CHAQUE DEMANDE DOIT ETRE ACCOMPAGNEE DES DOCUMENTS SUIVANTS :**

1. Un certificat médical qui devra être renouvelé tous les ans
2. L'avis d'imposition N-1.
3. Les bulletins de pension (CNIEG, CRAM, etc.....)
4. Justificatif de la reconnaissance de la MDPH (50%)
5. Justificatif APA
6. Justificatif des subventions extérieures

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE**

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

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : | | | |

Signature du demandeur :

## 5/ CADRE RESERVE A LA CMCAS

### BAREME DE PARTICIPATION :

RESSOURCES MENSUELLES PRISES EN COMPTE : \_\_\_\_\_ PERSONNE SEULE : \_\_\_\_\_

MENAGE : \_\_\_\_\_

PARTICIPATION AGENT : \_\_\_\_\_

PARTICIPATION FONDS COMMUN : \_\_\_\_\_

A compter du : | | | | Jusqu'au : | | | |

**NB : Au moment de la mise en œuvre du dispositif, un dossier est établi avec la personne concernée pour définir les adresses, numéros de téléphone, les services de secours, les parrainages, etc.**