



**DEMANDE D'AIDE
A LA QUALITE DE VIE - AUXILIAIRE DE VIE**

Destinée aux OD actifs ou inactifs de – de 55 ans et AD faibles ressources

Le demandeur :

Agent des Industries Electrique et Gazière : oui non

Madame Monsieur **NIA Agent :** /___/___/___/

Votre Nom (de naissance) :

Nom de votre époux ou épouse (s'il a lieu) :

Votre Prénom :

Votre date de naissance : /___/___/___/

Votre adresse :

.....

Code Postal : /___/ / Commune :

vous êtes **CELIBATAIRE** **VEUF (VE)** **MARIE(E)** **SEPRE (E)**
 CONCUBINAGE **DIVORCE(E)** **PACSE**

Plafond 80 heures pour l'année
(Incapacité temporaire)

Attribution 8 heures à chaque traitement
(maladie longue durée ou traitement répétitif)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande
Je m'engage :

- A vous signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et tout changement de domicile,
- A vous faire connaître, ainsi qu'au service d'aide ménagère à domicile, toute modification de ma situation
- A régler au service d'aide ménagère à domicile les sommes éventuellement versées à tort,
- A faciliter toute requête.

Fait à Le/...../.....

A fournir pour accompagner ce dossier :

- avis imposition N-1
- certificat médical **sur lequel est notifié l'incapacité ponctuelle ou traitement répétitif**, cette aide n'est pas renouvelée automatiquement.
- acceptation ou refus des autres organismes
- **RIB Obligatoirement**

Votre signature :

Cadre Réserve à la CMCAS	
COEFFICIENT SOCIAL :	
% PARTICIPATION DU FASS :	
A COMPTER DU :	
JUSQU'AU :	
N° DOSSIER :	
DATE :	
VU PAR :	