



DEMANDE D'AIDE À LA SANTÉ FAMILLE

Document à renvoyer via l'adresse mail suivante : CMCAS-260.ASS@asmeg.org

OUVRANT-DROIT

Nom : Prénom :

NIA : SLVie :

Adresse:

.....

N° de téléphone personnel:

Adresse mail personnelle:..... @

BÉNÉFICIAIRE DE L'AIDE

Nom : Prénom :

Date de naissance :

NATURE DES SOINS CONCERNÉS

.....

Date :

Signature :

Justificatifs à fournir :

- Avis d'imposition N-1
- Relevé d'identité bancaire
- Factures des soins
- Décompte Energie Mutuelle (Pack Prévention) ou autre caisse de Mutuelle
- Décision du Fonds Social Solimut ou Energie Mutuelle

Tous les dossiers sont soumis pour étude à la Commission Santé Solidarité.

Aide plafonnée à 250 euros de factures par année civile et par famille, calculée selon vos ressources et en fonction du barème spécifique à la santé.

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 le service ASS de la CCAS PDL.

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 – Territoire PDL – Service ASS - 2 rue Vasco de Gama – BP 60034 – 44801 SAINT HERBLAIN CEDEX.

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

CMCAS Loire Atlantique – Vendée

Siège Administratif : 2 rue Vasco de Gama – BP 60034 – 44801 SAINT-HERBLAIN cedex – Tél 09 69 36 89 72

Siège Social Élus : Impasse de la Chesnaie – 44 115 BASSE GOULAINÉ