



## DEMANDE D'AIDE COMPLÉMENTAIRE À L'APA

Document à renvoyer via l'adresse mail suivante : [cmcas-pdl.ass@asmeg.org](mailto:cmcas-pdl.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 :

À domicile :  En établissement :  Lequel ?

Accord APA à partir de quelle date ?

Date :

Signature :

### Justificatifs à fournir :

- Avis d'imposition N-1
- Relevé d'identité bancaire
- Plan APA

### + Si APA à domicile :

- Factures d'interventions à domicile, équipements et aménagements pour un montant  $\geq$  à 250€.

### + Si APA en établissement :

- Justificatifs des dépenses  $\geq$  à 250€

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

*Ces derniers doivent IMPÉRATIVEMENT parvenir au Service ASS AVANT le 31 Décembre de l'année N.*

*(Tout dossier transmis après cette date sera refusé).*

*Aide plafonnée à 250 € et versée une seule fois.*

*Soumise à barème pour les coefficients sociaux  $\leq$  21 000€.*

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.