



DEMANDE D'AIDE AU SOUTIEN DES AIDANTS

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

OUVRANT-DROIT

Nom : Prénom :

NIA : SLVie :

Adresse :

N° de téléphone personnel :

Adresse mail personnelle : @

BÉNÉFICIAIRE AIDÉ

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Bénéficie-t-il de l'APA ? OUI NON Quel GIR ?

Date :

Signature :

Justificatifs à fournir :

- Avis d'imposition N-1
- Relevé d'identité bancaire
- Justificatif attestant du GIR 1 à 4 pour l'un des conjoints (notification APA ou attestation médicale précisant son GIR)
- Factures ou justificatifs des frais engagés pour soutien à l'aidant (garde à domicile, hébergement de jour/de nuit, etc...)

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 € par an dans la limite des sommes engagées.

Soumise à barème pour les coefficients sociaux ≤ 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.

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