

Document à remettre **sur place** ou par **Mail**

à votre **CMCAS** ou **SLVie**.

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Aide à la qualité de vie

Soumise à conditions de ressources

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de l'aide à la qualité de vie.

Plafond de 80 heures par année civile

(Incapacité temporaire)

Attribution de 8 heures à chaque traitement

1 Demandeur

Madame Monsieur Nom de naissance :

Nom d'époux ou d'épouse (s'il y a lieu) :

Prénom :

NIA :

Numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Courriel :@.....

Adresse :

Code postal :

Commune :

2 Ayant-droit (conjoint)

Nom (de naissance) :

Prénom :

Date de naissance

3 Documents à fournir

- Dernier avis d'imposition (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- Relevé d'identité bancaire
- Certificat médical
- Factures des prestations
- Copie du contrat de travail pour les agents en CDD (quel que soit le contrat)
- Pour les ouvrants-droit percevant une pension d'invalidité (sauf catégorie 1), fournir un justificatif
- Pour les ouvrants-droit percevant une pension de reversion, fournir une copie du bulletin de pension de reversion ainsi qu'une copie de dernier bulletin de salaire

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

Fait à : Le/...../.....

Signature du demandeur :

4 Cadre réservé à la CMCAS

Barème de participation (de 10% à 90% selon le coefficient social)

Revenu fiscal de référence

Coefficient social

Participation agent

Participation du fonds d'action sanitaire et social

Du au

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 la Direction Santé ASS.

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 – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX.

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