



CMCAS
Nord Pas-de-Calais

www.nord-pas-de-calais.cmcas.com

DEMANDE D'AIDE RELATIVE A LA PSYCHOMOTRICITE ET/OU L'ERGOTHERAPIE

1/ DEMANDEUR

NOM : Prénom :

Date de naissance :

N.I.A. : SLVie :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville : N° Tél. :

Vous êtes CELIBATAIRE Vous êtes MARIE (E) Vous êtes DIVORCE (E) Vous êtes SEPRE (E)

Vous êtes VEUF (VE) Vous êtes ACTIF Vous êtes INACTIF En situation de handicap

Vous êtes partenaire d'un PACS

BENEFICIAIRE DE L'AIDE

Nom : Prénom :

PSYCHOMOTRICITE

ERGOTHERAPIE

1^{ère} demande

Renouvellement

2/ DOCUMENTS A FOURNIR

1. Devis bilan et séances
2. Les factures acquittées
3. Relevé de prestations justifiant du versement du pack prévention par la MUTIEG
4. RIB

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

Fait à : **le :**/...../.....

Signature du demandeur :

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS. Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. 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.