

---

## Aide Locale Protections Sanitaires

---

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de l'Aide Locale « protections sanitaires »

### 1 – Demandeur

Madame  Monsieur

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance :   /   /

NIA :

Numéro de téléphone :

Courriel : ..... @.....

Adresse : .....

Code postal :      Commune : .....

---

### 2 - Bénéficiaire de l'aide si différent

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance   /   /

---

### 3 - Documents à fournir

- Pour une 1<sup>ère</sup> demande uniquement : fournir un certificat médical spécifiant le besoin
- Avis d'imposition N-1 sur les revenus N-2 (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- Avis des sommes perçues par la CNIEG et des autres pensions ou dernier bulletin de salaire
- APA (s'il y a) ou MDPH : copie de la proposition du Plan d'aide recommandé + notification ou attestation sur l'honneur de non-perception
- Notification de décision de caisse de retraite prioritaire (s'il y a)
- Facture(s) acquittée(s) pour le versement de l'aide
- IBAN OD

A noter :

Le dossier devra être déposé soit à votre SLVie ou à la CMCAS ou par mail à : [toulouse.cmcas375@asmeg.org](mailto:toulouse.cmcas375@asmeg.org)

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 destinataires des données sont la CMCAS.*

*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*