
Aide Locale à la « Psychomotricité – Ergothérapie »

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de l'Aide à la « Psychomotricité – Ergothérapie »

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 / /

Nom : Prénom :

Date de naissance / /

3 - Documents à fournir

- Avis d'imposition N-1 sur les revenus N-2 (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- Prescription médicale mentionnant le besoin
- S'il y a, fournir la reconnaissance MDPH à minima 50% + notifications éventuelles prestations MDPH
- Copie carte mutuelle + Justificatifs du contrat : impression écran espace personnel ou attestation/mail MUTIEG
- Décomptes de l'organisme mutualiste (Energie Mutuelle, SOLIMUT, autres ...)
- 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

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