

Document à remettre à votre **CMCAS** ou **SLVie**  
ou à envoyer par **mail**

**Action sociale**

Aide à la qualité de vie

Soumise à conditions de ressources

*Préservez la planète ; téléchargez, remplissez et transmettez ce formulaire par mail à votre CMCAS avec les pièces justificatives*

**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 : .....

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 : .....

Prénom : .....

Date de naissance

**3 Documents à fournir**

- Notification d'accord ou de refus des organismes extérieurs (CAF, mutuelle du conjoint)
- Dernier avis d'imposition (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- Relevé d'identité bancaire
  
- Certificat médical précisant le motif (exemples : aide-ménagère, confection des repas, prise de médicaments), la durée de l'aide et le nombre d'heures

- Factures des prestations
  
- Copie du contrat de travail pour les agents en CDD (quel que soit le contrat)
- Pour les ouvriers-droit percevant une pension d'invalidité (sauf catégorie 1), fournir un justificatif
- Pour les ouvriers-droit percevant une pension de reversion, fournir une copie du bulletin de pension de reversion ainsi qu'une copie de dernier bulletin de salaire

A noter: mon dossier et mes justificatifs de dépenses devront être déposés à ma CMCAS avant le 31/12/2023 et je serai informé(e) par courrier de l'accord ou du refus de prise en charge.

Plus d'informations sur cette prestation [ICI](#)

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 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.