

**Pôle action sanitaire
et sociale**

ASS-002

Imprimés accessibles sur notre site
www.cavimac.fr
Pour tout renseignement, contacter le
pôle action sanitaire et sociale :
action-sociale@cavimac.fr

**DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE
EN ASSURANCE VIEILLESSE**



Identification du demandeur

Nom et prénoms de l'assuré social : _____

Nom marital éventuellement : _____

N° National d'identification : N° de collectivité :

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____ N° de téléphone :

Adresse mail : _____ @ _____

Nom et prénoms du demandeur (si différent de l'assuré social) : _____

Objet, montant de la dépense et/ou de l'aide financière sollicitée

Votre demande concerne l'assurance vieillesse. A ce titre, s'agit-il :

d'une situation temporaire

de difficultés financières exceptionnelles

Veillez préciser l'objet de votre demande :

Veillez requérir obligatoirement les observations et l'avis de votre collectivité :

avis favorable

de difficultés financières exceptionnelles

Montant de l'aide accordée par la collectivité en cas d'avis favorable : _____

Motivations en cas d'avis défavorable ou en cas d'avis favorable lorsque la collectivité n'apporte aucune aide :

Cachet de la collectivité :

Signature du responsable :

Joindre obligatoirement à la demande :

- le justificatif des dépenses (devis/factures) ;
- le dernier avis d'imposition ;
- le relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel sera versé le montant de l'aide.

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e) : _____

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements précisés dans ce dossier.

Fait à : _____, le

Signature