

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**



La sécurité sociale des cultes

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) : _____

Situation du demandeur : en activité retraité invalide

La demande concerne : l'assuré le conjoint le(s) enfant(s)

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

Veuillez préciser l'objet de votre demande : _____

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

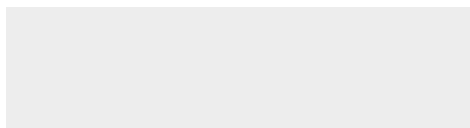
avis favorable

avis défavorable

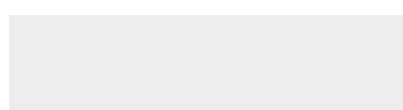
Montant de l'aide accordée par la collectivité en cas d'avis favorable : _____

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 de collectivité :



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

