

N° dossier Alisé :

1 : AVIS DE LA SLVie

AVIS FAVORABLE
 AVIS DÉFAVORABLE

À..... le / /

Signature de l'Élu·e Référent·e Départemental :

NOM Prénom :

Montant proposé :

2 : ÉTUDE DU SERVICE ACTION SANITAIRE ET SOCIAL

ÉLIGIBLE AIDE F-ASS
 NON - ÉLIGIBLE AIDE F-ASS : Motif
 ÉLIGIBLE AIDE FP-CMCAS
 NON - ÉLIGIBLE AIDE FP-CMCAS : Motif

À..... le / /

Signature du·de la Professionnel·le de l'ASS :

Technicienne Action Sanitaire et Sociale
 Assistante Action Sanitaire et Sociale

Montant proposé :

3 : AVIS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CMCAS

AIDE F-ASS / FP-CMCAS ACCORDÉE
 AIDE F-ASS REJETÉE **AIDE FP-CMCAS REFUSÉE**

À..... le / /

Signature du·de la Président·e de la CMCAS :

Montant accordé :



CAISSE MUTUELLE COMPLEMENTAIRE ET D'ACTION SOCIALE DU PERSONNEL DES INDUSTRIES ELECTRIQUE ET GAZIERE DE PICARDIE
 30, rue Philippe Lebon - C.S. 10323 - 80003 AMIENS CEDEX 1
 TELEPHONE : 03 22 45 13 67 - TELECOPIE : 03.22.95.51.32

DEMANDE D'AIDE ACTION SANITAIRE ET SOCIALE :

Année : ___ / SLVie : __

1^{ère} demande Demande de renouvellement

SÉNIOR F-ASS	<input type="checkbox"/> Plan d'Actions Personnalisé (PAP) <input type="checkbox"/> Aide à l'amélioration de l'habitat (AH) <input type="checkbox"/> Télé-assistance (TA) : <input type="checkbox"/> F-ASS <input type="checkbox"/> FP-CMCAS
FAMILLE F-ASS	<input type="checkbox"/> Aide à l'Autonomie des Jeunes (AAJ) <input type="checkbox"/> Aide à la Qualité de Vie (AQV) : <input type="checkbox"/> 80 H / Année civile <input type="checkbox"/> 8 H / Traitement <input type="checkbox"/> Aide Séjour Neige (ASN) <input type="checkbox"/> Aide Soutien Scolaire (ASS) : <input type="checkbox"/> à Domicile <input type="checkbox"/> en Ligne <input type="checkbox"/> Aide Familiale Petite Enfance (AFPE) <input type="checkbox"/> Cotisation Vie Étudiante et de Campus (CVEC)
HANDICAP F-ASS	<input type="checkbox"/> Aide à la Vie Domestique (AVD) <input type="checkbox"/> Autres aides handicap :
LOCALE FP-CMCAS	<input type="checkbox"/> Forfait 10 H d'Aide-Ménagère : sortie d'hospitalisation (015 - 10 H AM) <input type="checkbox"/> Prêt d'honneur (AL - PH) <input type="checkbox"/> Prêt santé (AL - PS) <input type="checkbox"/> Aide solidarité Exceptionnelle (015 - ASE) <input type="checkbox"/> Voyage Scolaire (015 - VS) <input type="checkbox"/> Incontinence (015 - I)

OUVRANT DROIT : Actif·ve Pensionné·e

NOM : Prénom :

→ **AYANT DROIT CONCERNÉ·E :** Conjoint·e Enfant

NOM : Prénom :

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS. Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. 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.

