



# ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

## DEMANDE D'AIDE DE SOLIDARITE

### RENSEIGNEMENTS DE L'AGENT OUVRANT DROIT

NOM  Prénom

NOM de jeune fille pour les femmes mariées : .....

Adresse : .....  
.....

CP : ..... VILLE : .....

N° Sécurité Sociale  Né(e) le : ..... / ..... / .....  
à : .....

Situation de famille (1)

<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Pacsé	<input type="checkbox"/> Concubin	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
--------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

### COMPOSITION DU FOYER (conjoint, enfants, autres membres de la famille)

NOM Prénom	Lien de parenté (2)	Date de naissance	Participe aux dépenses du foyer	
			Oui	Non
Nombre total de personnes au foyer (3)		Nombre de personnes contribuant à l'entretien du foyer		

### NATURE DE L'AIDE DEMANDEE

Montant de la dépense	
Montant du remboursement CAMIEG (4)	
Autre mutuelle (5)	

Expliquez brièvement le motif pour lequel vous sollicitez l'aide de solidarité :

.....

.....

.....

.....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Dater, signer

- (1) Barrer les cellules inutiles.
- (2) Indiquer : conjoint, fils, fille, autre.
- (3) Joindre votre dernier avis d'imposition.
- (4) Joindre le relevé de décompte mensuel concernant l'acte pour le reste à charge.
- (5) Joindre le relevé des décomptes de (ou des) mutuelles complémentaires.