

Action sociale

Aide à la qualité de vie

Soumise à conditions de ressources

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

Du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2025

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de l'aide à la qualité de vie.

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

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 Votre conjoint(e) ayant-droit :

Nom :

Prénom :

Date de naissance

Votre conjoint(e) exerce dans une IEG : Oui Non

Si oui, préciser le NIA :

3 Documents à fournir

- Notification d'accord ou de refus des organismes extérieurs (CAF, mutuelle du conjoint)
- Avis d'imposition 2024 sur les revenus 2023 (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-perceant une pension d'invalidité (sauf catégorie 1), fournir un justificatif
- Pour les ouvriers-perceant une pension de reversion, fournir une copie du bulletin de pension de reversion ainsi qu'une copie de dernier bulletin de salaire

Attention, le calcul de votre coefficient social pour les aides de l'action sociale est différent du calcul de votre participation aux séjours de vacances.

A noter : mon dossier et mes justificatifs de dépenses devront être déposés à ma CMCAS avant le 31/12/2025 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.