santé famille retraite services

MSA AUVERGNE

Site de_____

MSA Auvergne

DEMANDE DE PRESTATION
ANNEE_____

HEBERGEMENT TEMPORAIRE	❒	1ère demande	❒
ACCUEIL DE JOUR	❒	Demande complémentaire	❒

COMPOSITION DU FOYER

Demandeur

Nom marital _____ Prénom _____

Nom de naissance_____ Date de naissance_____

Adresse _____

Commune_____ _____ Code postal _____

N° INSEE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__| Téléphone_____

Situation familiale ☐ marié* ☐ célibataire ☐ divorcé ☐ veuf ☐ vie maritale* ☐ pacsé*

*** Conjoint, concubin, pacsé** :

Nom_____ Prénom _____

N° INSEE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__| Date de naissance _____

Si votre conjoint est en maison de retraite, préciser la date d'entrée_____

Si votre conjoint est décédé, préciser la date du décès_____

☐ Etablissement d'hébergement Nom : _____ Adresse : _____ _____ Téléphone : _____	☐ Accueillant familial Nom : _____ Adresse : _____ _____ Téléphone : _____

Dates du séjour : du _____au _____

J'atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur la demande sont exacts
Je joins à cette demande la copie de mon dernier avis d'imposition et la grille AGGIR complétée par un médecin.

A Le

Signature du demandeur

Si vous le souhaitez vous pouvez nous indiquer les coordonnées d'une personne de votre entourage à contacter :
Nom Prénom : _____
*Qualité (lien de parenté) :*_____ *Téléphone :* _____

Dossier à retourner à :

MSA AUVERGNE
Service Action Sociale
75 boulevard François Mitterrand
63972 CLERMONT FERRAND CEDEX 9

Cadre réservé à la MSA	Date de réception *(tampon)*	ELEMENTS DE DECISION Ressources mensuelles : _____ Nombre de jours : _____ Montant journalier :_____