

Action sanitaire et sociale

Demande d'intervention «pour maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs»

● Prestataire :

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal [] [] [] [] [] [] _____

Tampon d'identification :

ou

--

● Identification de l'Assuré :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal [] [] [] [] [] []

N° Sécurité Sociale []

Date [] [] [] [] [] []

Signature,

● Intervention

première demande

premier renouvellement deuxième renouvellement à titre exceptionnel.

Cadre réservé à la CPAM

Début d'intervention de l'association :

Montant accordé :

--

Affaire suivie par : _____

Téléphone : 05 61 14 75 31

Fax : 05 61 14 92 88

Avertissement :

Une garde malade apporte une aide à la personne, il ne s'agit pas d'une aide ménagère.

Renseignements

● **Conjoint(e) :**

Nom - Prénom : _____ né(e) le : | | | | | | | |

Profession : _____

● **Autres personnes vivant au foyer :**

Nom et Prénom	Date et lieu de naissance	Parenté	Situation familiale et professionnelle

● **Pièces justificatives à fournir :**

- Attestation de prise en charge dans le cadre d'un service d'hospitalisation à domicile, ou d'un réseau spécialisé en soins palliatifs.
- Attestation de droits si vous êtes affilié(e) à un des organismes suivants: MGEN, MGP, MG, MFP, VITTAVI, LMDE, MNT31.
- Avis d'imposition sur le revenu (revenu fiscal de référence)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent document.

Date | | | | | | | |

Signature du demandeur,