

CAISSE D'ASSURANCE  
VIEILLESSE INVALIDITE  
ET MALADIE  
DES CULTES



cavimac

## Attestation / Aide financière compensatrice en matière d'aide ménagère à domicile

*Action Sanitaire et Sociale*

► **Pour nous contacter :**

**Vous désirez des informations complémentaires,  
vous souhaitez nous rencontrer,**

- **appelez-nous au 01 41 58 45 45**
- **connectez-vous sur le site [www.cavimac.fr](http://www.cavimac.fr)**



**ATTESTATION**

L'attestation ci-après doit être retournée à la Cavimac, dûment remplie et signée.

Je soussigné(e) NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Responsable de l'association culturelle ou de la collectivité religieuse n° |\_|\_|\_|\_|,

ci-après désignée \_\_\_\_\_

certifie que :

Soeur, Père NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
(Rayer la mention inutile)

NNI (sécurité sociale) : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

est dans l'obligation d'abandonner son activité antérieure au sein de la Communauté afin de prendre en charge les membres aînés de ladite Communauté.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Pour servir et valoir ce que de droit

SIGNATURE