

**ACTION SANITAIRE ET SOCIALE  
MALADIE ET VIEILLESSE**

**DEMANDE D'AIDE POUR L'ACHAT DE LITS MEDICALISES  
ET/OU DE MATERIEL MEDICAL**

**DEMANDEUR**

Collectivité n° : |\_|\_|\_|\_|

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Nom du responsable à contacter à propos de cette demande : .....

N° de téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Courriel : .....

Fax : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Fait à ..... Le ..... Signature :

## INFORMATIONS SUR L'ETABLISSEMENT

### a) Description générale de l'établissement

(Indiquez la structure juridique et la nature de l'établissement : maison mère ou maison des sœurs âgées, infirmerie, maison de retraite)

.....  
.....  
.....

### b) Démographie

Effectif total : |\_\_|

Répartition de l'effectif : - Pensionné(e)s CAVIMAC |\_\_| Autres Régimes |\_\_|

- Non Pensionné(e)s CAVIMAC |\_\_| Autres Régimes |\_\_|

Répartition par âge - de 65 ans |\_\_| + de 65 ans |\_\_|

Nombre de personnes dépendantes (total) |\_\_|

### c) Médicalisation

Habilitation CAVIMAC pour le FSI :  oui  non

Nombre de chambres |\_\_|

## INFORMATIONS FINANCIERES SUR LE PROJET

■ Lit médicalisé : Nombre de lits|\_\_| Coût |\_\_\_\_\_|

(Joindre la liste nominative des assurés CAVIMAC concernés - Nom-Prénom, NNI)

■ Matériel médical : Descriptif du matériel : .....

..... Coût |\_\_\_\_\_|

(Joindre obligatoirement le ou les devis et/ou la ou les factures)

## MODE DE PAIEMENT

Joindre un RIB

## OBSERVATIONS

.....  
.....  
.....