

**Pôle action sanitaire et sociale**

**ASS-002**

Imprimés accessibles sur notre site

[www.cavimac.fr](http://www.cavimac.fr)

Pour tout renseignement, contacter le pôle action sanitaire et sociale :

[action-sociale@cavimac.fr](mailto:action-sociale@cavimac.fr)

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE  
EN ASSURANCE VIEILLESSE



**Identification du demandeur**

Nom et prénoms de l'assuré social : \_\_\_\_\_

Nom marital, éventuellement : \_\_\_\_\_

N° National d'identification :         N° de collectivité:

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :      Ville : \_\_\_\_\_ N°de téléphone :

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nom et prénoms du demandeur (si différent de l'assuré social) : \_\_\_\_\_

Situation du demandeur :  en activité  retraité  invalide

La demande concerne :  l'assuré  le conjoint  le(s) enfant(s)

**Objet, montant de la dépense et/ou de l'aide financière sollicitée**

Votre demande concerne l'assurance vieillesse. A ce titre, s'agit-il :

d'une situation temporaire

de difficultés financières exceptionnelles

Veuillez préciser l'objet de votre demande : \_\_\_\_\_

Veuillez requérir **obligatoirement** les observations et l'avis de votre collectivité :

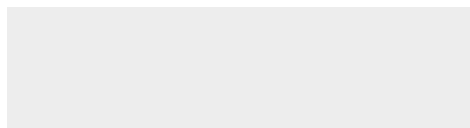
avis favorable

avis défavorable

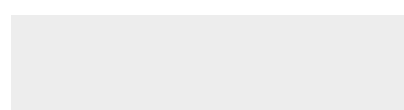
Montant de l'aide accordée par la collectivité en cas d'avis favorable : \_\_\_\_\_

Motivations en cas d'avis défavorable ou en cas d'avis favorable lorsque la collectivité n'apporte aucune aide : \_\_\_\_\_

Cachet de la collectivité :



Signature du responsable de collectivité :



Joindre **obligatoirement** à la demande :

- le justificatif des dépenses (devis/factures) ;
- le dernier avis d'imposition ;
- le relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel sera versé le montant de l'aide.

**Déclaration sur l'honneur**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements précisés dans ce dossier.

Fait à : \_\_\_\_\_, le

Signature

