

**Pôle action sanitaire et sociale**

Imprimés accessibles sur notre site

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

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

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

**ASS-008**

**DEMANDE D'AIDE À  
L'AMÉLIORATION DE  
L'HABITAT À CARACTÈRE  
COLLECTIF**



**Identification de la collectivité d'appartenance**

Nom du responsable de collectivité : \_\_\_\_\_

Nom de la collectivité : \_\_\_\_\_

N° de collectivité:

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

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

Lieu des travaux si différent de l'adresse indiquée : \_\_\_\_\_

Personne à contacter : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ N° de téléphone :

**Informations générales sur la collectivité**

**Structures juridiques**

Association loi 1901

Congrégation autorisée  
ou reconnue

Congrégation non reconnue

Type de structure : \_\_\_\_\_

Association loi 1905

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Situation démographique à l'adresse où sont effectués les travaux**

Cavimac

Autres régimes

Situation démographique à l'adresse où sont effectués les travaux		Cavimac	Autres régimes
Effectif total			
Estimation du nombre de personnes dépendantes (GIR 1 à 4 ou bénéficiant de l'APA)			
Répartition selon l'âge à la date de la demande <i>Joindre la liste des résidents à la demande</i>	moins de 60 ans		
	60 à 69 ans		
	70 à 79 ans		
	80 à 89 ans		
	plus de 90 ans		

**Description des travaux envisagés**

Date de début des travaux :      Date de fin de travaux :

**Devis estimatif des travaux (joindre obligatoirement le ou les devis détaillés)**

Montant HT : \_\_\_\_\_ Montant TTC : \_\_\_\_\_ Date du devis :

**Financement des travaux**

Fonds propres : \_\_\_\_\_ Subventions : \_\_\_\_\_ Emprunts : \_\_\_\_\_

Précisez les organismes sollicités : \_\_\_\_\_

Montant des subventions obtenues : \_\_\_\_\_

Les travaux concernent-ils également le secteur habilité "Forfait Soins Infirmiers" (FSI) :  Oui  Non

**Nature des travaux**

Intérieurs : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Extérieurs : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**Déclaration sur l'honneur de la collectivité**

---

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_  
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements précisés dans ce dossier.

Fait à : \_\_\_\_\_, le

Signature

En cas de fraude sociale en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (CSS, art. L. 114-17 du Code de la sécurité sociale), vous encourez des sanctions et êtes passibles d'amende et/ou d'emprisonnement voire de pénalités financières (CSS, art. L. 114-16-2).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée et le règlement général UE 2016/ 679 s'appliquent aux réponses faites sur ce formulaire. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant que vous pouvez exercer auprès de la déléguée à la protection des données : dpo@cavimac.fr