



DEMANDE D'AIDE AUX SÉJOURS FAMILLE

Document à renvoyer via l'adresse mail suivante : CMCAS-260.ASS@asmeg.org

OUVRANT DROIT

Nom : Prénom :

NIA : SLVie :

Adresse :

.....

N° de téléphone personnel:

Adresse mail personnelle:..... @

Nombre de kilomètres aller d'après Mappy – trajet le plus court

Domicile / centre de vacances :km

Aide plafonnée à 700 km Aller/retour.

Remboursement sur la base de 10cts le kilomètre : 0,10 € X (A/R) = €

Date :

Signature :

Justificatifs à fournir :

- Avis d'imposition N-1
- RIB/IBAN
- Avis d'affectation ou de refus CCAS
- Justification de réservation de séjour dans le cas de refus d'affectation
- Justificatif Mappy

Tous les dossiers sont soumis pour étude à la Commission Santé Solidarité.

Plafond à 11 000 € du coefficient social – Aide limitée à 1 fois par an

*Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS.
Les destinataires des données sont : la CMCAS et le service ASS de la CCAS PDL.*

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :

CCAS – Territoire PDL – Service ASS - 2 rue Vasco de Gama – BP 60034 – 44801 SAINT HERBLAIN CEDEX.

Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.