

## Action sociale

Aide à la qualité de vie  
Soumise à conditions de ressources

Document à remettre à votre **CMCAS** ou **SLVie**  
ou à envoyer par **mail**

Du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2024

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de l'aide à la qualité de vie.

Plafond de 80 heures par année civile

(Incapacité temporaire)

Attribution de 8 heures à chaque traitement

### 1 Demandeur

Madame  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

NIA :

Numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Courriel : .....@.....

Adresse : .....

Code postal :

Commune : .....

### 2 Ayant-droit (conjoint)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance

### 3 Choix de l'intervenant

CESU

(Chèque Emploi Service Universel)

ORGANISME MANDATAIRE

(Vous êtes employeur de l'intervenant à domicile et un organisme gère pour vous l'administratif)

ORGANISME PRESTATAIRE

(L'organisme est l'employeur de l'intervenant à domicile)

Nom de l'organisme : .....

#### **4 Documents à fournir**

- Notification d'accord ou de refus des organismes extérieurs (CAF, mutuelle du conjoint)
- Dernier avis d'imposition (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- Relevé d'identité bancaire
- Certificat médical précisant le motif (exemples : aide-ménagère, confection des repas, prise de médicaments), la durée de l'aide (nombre de mois) et le nombre d'heures mensuelles
- Copie du contrat de travail pour les agents en CDD (quel que soit le contrat)
- Pour les ouvriers-droit percevant une pension d'invalidité (sauf catégorie 1), fournir un justificatif
- Pour les ouvriers-droit percevant une pension de reversion, fournir une copie du bulletin de pension de reversion ainsi qu'une copie de dernier bulletin de salaire

A noter: mon dossier et mes justificatifs de dépenses devront être déposés à ma CMCAS avant le 31/12/2024 et je serai informé(e) par courrier de l'accord ou du refus de prise en charge.

Plus d'informations sur cette prestation [ICI](#)

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.

Fait à : ..... Le ...../...../.....

Signature du demandeur :

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 la Direction Santé ASS.

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 – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX.

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