

En application de la délibération n°2 du Conseil Communautaire de la CASUD du 17/07/2015, à destination des personnes âgées de 65 ans révolus et des personnes handicapées à un taux supérieur ou égal à 50% reconnu par la MDPH.

DEMANDEUR

Nom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____

CONJOINT(E) - CONCUBIN(E)

Nom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____

PIÈCES À FOURNIR

- Une pièce d'identité ;
- Un justificatif d'adresse ;
- Une photo par demandeur ;
- Une carte d'invalidité ou notification de la MDPH.

Je soussigné(e) Monsieur, Madame _____

atteste par la présente que les renseignements précisés ci dessus sont exacts.

Je m'engage par ailleurs à signaler tout changement qui pourrait intervenir dans ma situation.

Le : ____ / ____ / ____

SIGNATURE(MONSIEUR)

SIGNATURE(MADAME)

CACHET DE LA CASUD