

DEMANDE AIDE FINANCIERE TELEASSISTANCE

Madame, Monsieur,

La MSA peut participer à vos frais mensuels de Téléassistance.

A cet effet, nous vous demandons de compléter, dater, signer cet imprimé et nous le renvoyer dans les plus brefs délais, **accompagné de votre dernier avis d'imposition**, à l'adresse suivante :

**SERVICE ACTION SANITAIRE ET SOCIALE
MSA GRAND SUD
6 RUE DU PALAIS
11000 CARCASSONNE**

DEMANDEUR

Nom :Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance :
N° de sécurité sociale :
Adresse :N° téléphone :

CONJOINT

Nom :
Prénom :

SITUATION DES ENFANTS

Nombre d'enfants vivant dans la commune :
Nombre d'enfants vivant hors commune :

IMPORTANT

Votre déclaration sur l'honneur engage votre responsabilité. Votre Caisse de retraite pourra effectuer, à posteriori, des contrôles sur la conformité de votre déclaration.
Tous les changements dans vos ressources doivent être signalés immédiatement à la Caisse.
La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations.
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.

Je soussigné(e)atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués.

Date

Signature :