

IMPRIMÉ À RETOURNER AVANT LE 17 DECEMBRE 2014

à l'adresse suivante : MSA SUD AQUITAINE - Pôle Prestations Sanitaires et Sociales
70 rue Alphonse Daudet - 40 286 ST PIERRE DU MONT Cedex

IDENTITÉ

N° INSEE

MOTIF DE LA DEMANDE :

Fait à, Le SIGNATURE DU DEMANDEUR

PIÈCES À JOINDRE (OBLIGATOIRE)

-  Dernier Avis d'imposition ou de non imposition
-  Une ou des factures **pour un montant maximum de 800€*** de dépenses d'énergie, de santé, de logement, de téléphone, d'équipements ménagers et mobiliers, autres frais à caractère social ou familial.

**Toute demande supérieure sera soumise à une appréciation, au cas par cas, du Comité d'Action Sanitaire et Sociale*

 TOUT DOSSIER INCOMPLET ou RETOURNÉ APRES LE 17/12/2014 SERA REJETÉ.

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATIF

Allocataire :

Droits maladie :