


CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Demande aide de fin d'année personne en situation de handicap
NE PAS AVOIR DEPOSE UNE AUTRE DEMANDE D'AIDE DE FIN D'ANNEE

DEMANDEUR		Responsable légal 1	Responsable légal 2
	NOM PRENOM		
	SITUATION FAMILIALE	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée/vie maritale <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcée / Séparée	
	SITUATION PROFESSIONNELLE		
	Revenu mensuel (préciser type de revenu)		
	ADRESSE		
	VILLE		
	 obligatoire		
	@ obligatoire		

Pièce à joindre :

- Copie de la carte d'invalidité + 80%
- Avis d'impôts sur le revenu
- Dernière quittance de loyer



A DEPOSER Jusqu'au vendredi 25 octobre 2019 inclus

Je soussigné(e) -----
des renseignements communiqués.

certifie sur l'honneur l'exactitude

Date

SIGNATURE