

DEMANDE D'ATTRIBUTION Complément Santé Paris

Ce formulaire est à retourner, complété, daté et signé accompagné des pièces justificatives dans l'un des Centres d'action sociale Ville de Paris.

Je suis informé.e que toute déclaration frauduleuse, inexacte, incomplète de ma part dans la constitution de mon dossier est passible d'amende ou d'emprisonnement au titre du nouveau Code pénal.

N° de Foyer

Je soussigné (e) :

Nom naissance

.....

Nom d'usage

.....

Prénom(s)

.....

Né(e) le

__ / __ / ____

Lieu de naissance

Ville:..... Pays:.....

Nationalité

Française Union Européenne

Autres, précisez la date de fin de validité de votre titre de séjour __ / __ / ____

Déclare sur l'honneur avoir établi mon domicile et résider de façon principale et effective à l'adresse suivante :

N° et nom de rue

.....

Compléments d'adresse : bâtiment, entrée,

..... Code postal

escalier, N° de boîte aux lettres ou d'appartement...

.....

Téléphone

Fixe __ / __ / __ / __ / __ Portable __ / __ / __ / __ / __

Adresse électronique

.....@.....

Atteste sur l'honneur :

➤ Être marié(e), pacsé(e) ou vivre maritalement avec :

Nom, Prénom(s)

.....

.....

Date de naissance

__ / __ / ____

Lieu de naissance

Ville:..... Pays:.....

➤ Être propriétaire du logement où je vis :

Oui non

➤ Être propriétaire d'autre(s) bien(s) immobilier(s)

Oui non

Je suis informé.e que :

- la prestation sollicitée est récupérable sur succession dans les conditions suivantes:
 - *pour les personnes âgées dès que l'actif net successoral est supérieur à 76 225 €,*
 - *pour les personnes handicapées dès que l'actif net successoral est supérieur à 76 225 €, sauf lorsque les héritiers sont le conjoint, les enfants, ou la personne qui a assumé la charge effective et constante de la personne handicapée,*

- j'ai deux mois pour fournir les justificatifs nécessaires à l'étude de ma demande par le CASVP à compter de la date de la réception de celle-ci. À défaut, ma demande sera classée sans suite. Il m'appartiendra de déposer une nouvelle demande si je désire toujours obtenir la prestation.

Mes données personnelles : utilisation et protection

- pour permettre l'instruction de ma demande, mes données seront utilisées et exploitées dans un fichier du système d'information du Centre d'action sociale et je l'accepte,

- je peux exercer mes droits d'accès et de rectification de ces données auprès du Centre d'action sociale. Une notice d'information complète de mes droits, des caractéristiques du fichier et de sa politique de confidentialité est mise à ma disposition dans ses services et sur <https://www.paris.fr/casvp>.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur ce formulaire et des documents joints. Je m'engage à signaler immédiatement au Centre d'Action Sociale tout changement intervenant dans ma situation.

Paris, le __ / __ / _____

votre signature ou celle de votre représentant

Personne concernée

représentant (précisez ces noms, prénom et adresse)

Signature de votre conjoint ou celle de son représentant

Personne concernée

représentant (précisez ces noms, prénom et adresse)