

Renseignements

● Conjoint(e) :

Nom - Prénom : _____ né(e) le :
Profession : _____

● Autres personnes vivant au foyer :

Nom et Prénom	Date et lieu de naissance	Parenté	Situation familiale et professionnelle
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

● Pièces justificatives à fournir :

- Attestation de prise en charge dans le cadre d'un service d'hospitalisation à domicile, ou d'un réseau spécialisé en soins palliatifs.
- Attestation de droits si vous êtes affilié(e) à un des organismes suivants:
MGEN, MGP.
- Avis d'imposition sur le revenu (revenu fiscal de référence)

Les informations recueillies sont traitées par la CPAM de la Haute-Garonne pour permettre l'instruction de votre demande d'aide. Elles sont conservées pendant 6 ans. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous pouvez exercer votre droit d'accès ou de rectification de vos données en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou au DPO. En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (Cnil).

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent document.

Date

Signature du demandeur,