



### MAINTIEN A DOMICILE DANS LE CADRE DE SOINS PALLIATIFS

#### DEMANDE DE PARTICIPATION :

- aux frais de garde malades à domicile
- à l'achat de nutriments non remboursables au titre des prestations légales
- à l'achat d'accessoires pour incontinence, non remboursables au titre des prestations légales.

#### IDENTIFICATION DE L'ASSOCIATION OU DU SERVICE PRESTATAIRE

Nom de l'organisme \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_



nom et qualité du référent d'accueil \_\_\_\_\_

Date d'envoi du dossier \_\_\_\_\_

Date de signature de la convention \_\_\_\_\_

à adresser : **CPAM de l'Essonne**  
**SASS**  
**2 rue Ambroise Croizat**  
**91039 EVRY CEDEX**

accompagné des pièces justificatives ci-dessous :

- une copie de l'attestation vitale
- attestation de prise en charge dans le cadre d'un service HAD, d'une équipe mobile de soins palliatifs ou d'un réseau spécialisé en soins palliatifs.
- avis d'imposition



J'autorise la Caisse Primaire d'Assurance Maladie à verser sa participation directement à l'association ci-dessous :

RAISON SOCIALE	ADRESSE

En application de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, une partie des informations portées sur le formulaire de demande d'aide sera traitée au moyen de l'informatique. Ces informations seront effacées de tout support informatique 15 mois après la fin de l'intervention du service au titre de l'aide financière. Il vous est possible d'avoir accès à ces informations, et de demander leur correction si elles sont inexactes conformément aux modalités prévues par la loi.

**Je certifie exacts tous les renseignements fournis à l'appui de ma demande d'aide.**

Date et Signature du Demandeur