



GROUPEMENT D'ACTION SOCIALE DU BAS RHIN
Délégation départementale du CNAS
1 RUE DE LA GARE - 67140 BARR
03 90 57 54 89 – contact@gas67.fr

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE(S) SECOURS EXCEPTIONNEL

CADRE RÉSERVÉ AU GAS

ANNÉE : **NUMERO DE DOSSIER :**
Montant CNAS : **Montant GAS (50 % CNAS limité à 350 €) :**

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE COLLECTIVITÉ

NOM COMPLET (exemple : mairie de barr) :
ADRESSE :
CODE POSTAL : |_|_|_|_| VILLE :

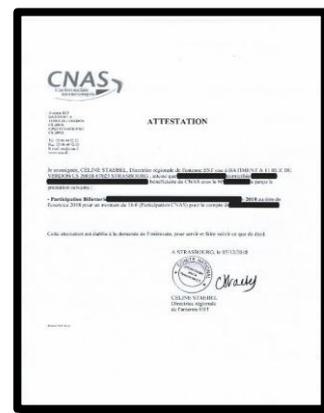
INFORMATIONS CONCERNANT L'AGENT

N° CNAS : |_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM : PRENOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| VILLE :
TÉLÉPHONE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
ADRESSE MAIL :

Pièce à joindre **IMPERATIVEMENT** à la demande :

- Attestation de versement éditée par le CNAS (*Comité National Action sociale*) voir ci-contre un exemple
- Facture(s) non réglée(s) et devis, le cas échéant
- Le RIB du fournisseur / prestataire



Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des informations portées sur ce formulaire.

Fait le à

Signature :