



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 €) :

Format de l'aide versée : chèque bancaire ou virement (joindre RIB)

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE COLLECTIVITÉ

NOM COMPLET (exemple : mairie de barr) :

ADRESSE :

CODE POSTAL : |_|_|_|_| VILLE :

INFORMATIONS CONCERNANT L'AGENT

N° CNAS : |_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

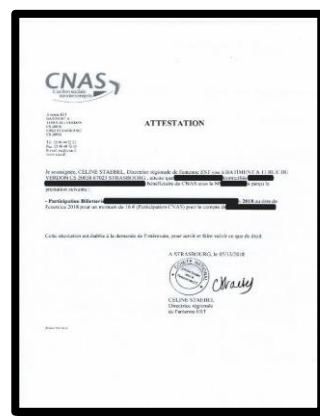
CODE POSTAL : |_|_|_|_| VILLE :

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 :