



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) POUR PERSONNE HANDICAPÉE

CADRE RÉSERVÉ AU GAS

EXERCICE (année civile concernée) : NUMERO DE DOSSIER.....

Montant : ☐ 220 € ☐ 440 € Mode règlement : Date :

☐ **Enfant Handicapé**

☐ **Handicapé Tierce Personne**

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 :

Demande d'aide pour :

Nom	Prénom	Né(e) le	Lien de parenté

Pièce à joindre IMPÉRATIVEMENT à la demande :

☐ Attestation de versement éditée par le Cnas
(Comité National Action sociale) voir ci-contre un exemple

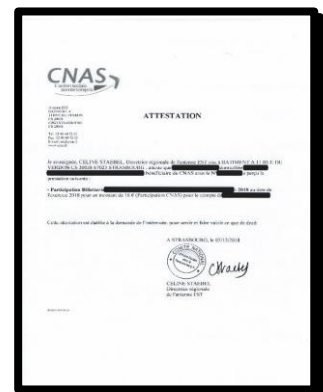
☐ Un RIB pour le versement par virement bancaire

« En PDF si voie dématérialisée »

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

Fait le à

Signature :



Permanence le mardi de 9h à 12h et de 13h à 16h