

CMCAS / TERRITOIRE :

SLVIE :

**IMPRIMÉ DE DEMANDE D'AIDE
Cotisation de Vie Étudiante et de Campus**

1/ DEMANDEUR

Nom : Prénom :

Date de naissance :

N.I.A. :

Adresse :

Code Postal : Ville : Tél. :

Vous êtes CÉLIBATAIRE Vous êtes MARIÉ.E Vous êtes DIVORCÉ.E Vous êtes SÉPARÉ.E

Vous êtes VEUF.VE Vous êtes ACTIF.VE Vous êtes INACTIF.VE Vous êtes HANDICAPÉ.E

Vous êtes partenaire d'un PACS

2/ AYANT DROIT

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse (à préciser si différente de l'ouvrant droit).....

Code Postal : Ville : Tél. :

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de :

- l'allocation de 91 euros par an pour participation aux frais de la Cotisation de Vie Étudiante (année scolaire 2019-2020).

3/ DOCUMENTS À FOURNIR

- IBAN ou BIC de l'ouvrant droit ou de l'ayant droit enfant (sous réserve d'une co-attestation signée par le parent OD et l'enfant AD précisant que la prestation sera versée sur le compte du jeune majeur étudiant)
- Attestation de contribution de la Cotisation de Vie Étudiante et de Campus
- Notification d'attribution de bourse
- Justificatif du paiement indiquant le montant de la cotisation payée

Je souhaite que cette prestation soit versée sur le compte de mon ayant droit :

OUI NON

Si OUI, je complète l'imprimé de demande d'autorisation de payer des prestations à un tiers et je joins un IBAN BIC (RIP, RIP, RICE).

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.

Fait à : Le :/...../.....

Signature du demandeur :

4/ CADRE RÉSERVÉ À LA CMCAS

Allocation annuelle, participation du fonds d'action sanitaire et sociale

Cotisation Vie Étudiante et Campus :

À COMPTER DU :

JUSQU'AU :

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS. Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : CCAS – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX
Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.