santé
famille
retraite
services
AIN-RHONE

DEMANDE DE PARTICIPATION A LA TELEASSISTANCE

La MSA Ain – Rhône participe aux **frais d'abonnement** d'un appareil de téléassistance pour les personnes **relevant prioritairement de la MSA du Rhône ou de l'Ain** et dont les ressources ne dépassent pas un plafond fixé annuellement par le Conseil d'Administration

Montant de l'aide : 10 euros par mois
(10 € par mois, installation exclue, aussi pour les résidants de MARPA-PUV)
(Fournir les justificatifs contrat d'abonnement - factures ou échéanciers)

☐ 1ère demande ☐ Demande complémentaire

NOM – Prénom : _____

N° matricule : _____ Tél. : _____

Adresse : _____

_____

Situation familiale : _____

Montant des ressources : (**Fournir le dernier avis d'imposition**) _____

En cas de décès du conjoint, fournir les justificatifs d'attribution de toutes les réversions (retraites de base et complémentaires)

Etes vous bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ? : **OUI – NON**

Si oui, depuis quelle date ? : ……...

(Joindre photocopie du plan d'aide accordée dans le cadre de l'A.P.A.)

Attention : Les bénéficiaires de l'APA (Allocation Personnalisée d 'Autonomie) pour lesquels la téléassistance est déjà financée, ne peuvent pas bénéficier de cette aide.

Je soussigné (e)……..
Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements contenus dans cette demande.

A ……....., Le ……

Signature

LE DOSSIER EST A RETOURNER dans le mois qui suit la facturation A LA :
MSA AIN RHONE
SERVICE D''ACTION SANITAIRE ET SOCIALE
35-37 RUE DU PLAT
69232 LYON CEDEX 02