

**DEMANDE DE PRESTATION EXTRA LEGALE
D'ACCUEIL OU D'HEBERGEMENT**

HEBERGEMENT TEMPORAIRE 1^{ère} demande

ACCUEIL DE JOUR Demande complémentaire

NOM – Prénom : _____

N° matricule : _____ Tél. : _____

Adresse : _____

Situation familiale : _____

Bénéficiaire de l'APA : OUI NON Date début : (*)

⇒ Montant :

⇒ Montant participation :

⇒ Plan d'aide :

⇒ GIR :

⇒ Prise en charge hébergement temporaire : OUI NON

Ressources mensuelles : _____ € (joindre 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)

DUREE DU SEJOUR : _____

MONTANT DES FRAIS : _____

A _____, le _____

Signature

() Pour les non bénéficiaires de l'APA, une évaluation sociale sera réalisée par un travailleur social.
Pour les bénéficiaires, joindre une copie du plan d'aide.*

LE DOSSIER EST A RETOURNER A LA :

MSA AIN RHONE
SERVICE D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE
35-37 RUE DU PLAT
69232 LYON CEDEX 02