



santé
famille
retraite
services

AIN-RHONE

DEMANDE DE PARTICIPATION AUX FRAIS DE GARDE DE NUIT

1^{ère} demande

Demande complémentaire

(Fournir les justificatifs de frais)

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)

Je soussigné(e), certifie ne pas percevoir l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements contenus dans cette demande.

A, le

Signature

LE DOSSIER EST A RETOURNER A LA :

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

MSA Ain-Rhône

Siège social :

35-37, rue du Plat - B.P. 2612

69232 LYON CEDEX 02

Site de l'Ain :

15 avenue du Champ de Foire

01059 BOURG EN BRESSE CEDEX 9

tél : 04 74 45 99 00

fax : 04 74 45 98 98

www.msa01-69.fr