

**DEMANDE DE PARTICIPATION
AU PORTAGE DE REPAS**

1^{ère} demande

Demande complémentaire

(Fournir les justificatifs de frais et justificatifs de la situation ouvrant droit à la prestation)

NOM – Prénom : _____

N° matricule : _____ Tél. : _____

Adresse : _____

(Si résidence en foyer - logement, fournir une attestation de l'établissement précisant que ce service n'existe pas)

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