



## DEMANDE DE PARTICIPATION AUX TRAVAUX DE NETTOYAGE

1<sup>ère</sup> 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](http://www.msa01-69.fr)