

**DEMANDE AIDE FINANCIERE TELEASSISTANCE**

Madame, Monsieur,

La MSA peut participer à vos frais mensuels de Téléassistance.

A cet effet, nous vous demandons de compléter, dater, signer cet imprimé et nous le renvoyer dans les plus brefs délais, **accompagné de votre dernier avis d'imposition**, à l'adresse suivante :

**SERVICE ACTION SANITAIRE ET SOCIALE  
MSA GRAND SUD  
6 RUE DU PALAIS  
11000 CARCASSONNE**

**DEMANDEUR**

Nom : .....Nom de jeune fille : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
N° de sécurité sociale : .....  
Adresse : .....N° téléphone : .....

**CONJOINT**

Nom : .....  
Prénom : .....

**SITUATION DES ENFANTS**

Nombre d'enfants vivant dans la commune : .....  
Nombre d'enfants vivant hors commune : .....

**IMPORTANT**

Votre déclaration sur l'honneur engage votre responsabilité. Votre Caisse de retraite pourra effectuer, à posteriori, des contrôles sur la conformité de votre déclaration.  
Tous les changements dans vos ressources doivent être signalés immédiatement à la Caisse.  
La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations.  
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.

Je soussigné(e) .....atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués.

Date

Signature :