



FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE

Date **(à compléter)** :

Adresse courriel de contact **(à compléter si possible)** :

Numéro de téléphone de contact **(à compléter si possible)** :

Je soussigné(e) **(à compléter avec vos prénom et nom)** :

bénéficiaire de la pension n° **(à compléter)** :

et demeurant **(à compléter avec votre adresse)** :

demande une aide concernant mes factures de :

(cocher la ou les cases correspondant aux factures jointes)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> énergie (électricité, gaz, fioul, bois) | <input type="checkbox"/> frais de santé partiellement pris en charge par l'assurance maladie et/ou la complémentaire santé | <input type="checkbox"/> entrée en EHPAD |
| <input type="checkbox"/> frais de pédicurie non pris en charge par l'assurance maladie et/ou la complémentaire santé | <input type="checkbox"/> travaux (résidence principale) | <input type="checkbox"/> scolarité d'un orphelin |
| | | <input type="checkbox"/> vacances d'un orphelin |
| | | <input type="checkbox"/> autre (à préciser) : |

et atteste sur l'honneur que : **(cocher la ou les cases correspondant à votre situation)**

- je n'ai pas bénéficié d'une prise en charge venant d'un autre organisme que la CR Opéra concernant les dépenses pour lesquelles je demande une aide financière à la CR Opéra
- aucun autre organisme que la CR Opéra n'a été sollicité et ne sera sollicité pour une prise en charge concernant les dépenses pour lesquelles je demande une aide financière à la CR Opéra

!/! Est passible de sanctions quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues.

Signature **(à compléter)** :

Justificatifs à joindre avec cette demande :

- avis d'impôt 2023 de votre foyer fiscal
- facture(s) acquittée(s) datant de moins de 12 mois