

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Articles L.713-20, R713-7 et R713-8
du code de la sécurité sociale

DEPARTEMENT
GESTION DU RISQUE

Tél. : 04 94 16 36 00

FORMULAIRE MÉDICAL

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom _____

Prénoms _____ Date de naissance _____

NATURE DES AFFECTIONS OU HANDICAPS JUSTIFIANT LA DEMANDE

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

POUR LES DEMANDES D'AIDES À DOMICILE

Nombre d'heures / mois _____

Durée _____ mois

Fait le _____

Cachet et signature du praticien

--

« PROTECTION DES DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la réglementation en vigueur vous disposez de droits au regard de l'utilisation de vos données personnelles. Ces droits s'exercent auprès du Délégué à la protection des données personnelles de la CNMSS par courriel adressé à : protection-donnees-personnelles@cnmss.fr, ou par courriel postal : 247 av J Cartier - 83090 Toulon cedex 9 ». Pour en savoir plus, consultez la page « Protection données personnelles » sur www.cnmss.fr. La finalité du traitement en lien avec les informations de ce formulaire est de gérer les demandes de prestations supplémentaires (aides financières et aides à domicile). »