

**Demande d'aide ERGOTHERAPIE  
/PSYCHOMOTRICITE**

Document à remettre **sur place** ou par **Mail**  
à votre **CMCAS** ou **SLVie** avant le **31/12/2022**

**1 Demandeur ouvrant-droit**

Madame  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

NIA :

Numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Courriel : .....@.....

Adresse : .....

Code postal :

Commune : .....

**2 Bénéficiaire de l'aide**

**Ouvrant-droit**

**Enfant ayant-droit**

**Conjoint(e) ayant-droit**

Nom (de naissance) : .....

Prénom : .....

Date de naissance

Reconnaissance MDPH Oui  Non

Si Oui, Taux MDPH : .....

**3 Documents à fournir**

- Dernier avis d'imposition (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- Relevé d'identité bancaire
- Factures d'Ergothérapie ou psychomotricité
- Copie du contrat de travail pour les agents en CDD (quel que soit le contrat)
- Notification d'accord ou refus MDPH
- Participation des autres organismes (CAMIEG, CPAM, MUTIEG, SOLIMUT, ou autre mutuelle) ou refus

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.

Fait à : ..... Le ...../...../.....

Signature du demandeur :

**Cadre réservé à la CMCAS**

Coefficient social : .....

% de participation .....

Montant de l'aide.....

Période de validité du .././.... Au .././....