



Nom :

Prénom :



Adresse :

INFORMATIONS PERSONNELLES DE L'OUVRANT DROIT

NIA :

Situation familiale : Célibataire Divorcé(e) Pacsé(e)
Séparé(e) Marié(e) Concubinage



Téléphone fixe professionnel :



Adresse E-mail professionnelle :

Téléphone portable professionnel :

Téléphone fixe personnel :

Adresse E-mail personnelle :

Téléphone portable personnel :

POUR LES ACTIFS : INFORMATIONS EMPLOYEURS

Entreprise d'appartenance :

Unité :

Adresse de votre lieu de travail :

Nous vous remercions par avance de joindre à votre réponse la copie de la partie supérieure de votre bulletin de salaire.

POUR LES INACTIFS OU PENSIONNES

Type de pension : Directe si ancien agent des IEG Réversion si veuf ou veuve d'agent
Orphelin Invalidité

N° de pension :

Date de début de pension :

RENSEIGNEMENTS BANCAIRES

Nous vous demandons de bien vouloir nous communiquer un RIB actualisé, celui-ci nous permettra de faciliter le versement de prestations ou de remboursement des Activités Sociales et de Santé en votre faveur.

AVIS D'IMPOSITION

Le ou les avis d'imposition de votre foyer nous sont indispensables afin de calculer, chaque année au 1er janvier, votre coefficient social qui détermine pour l'ensemble des Activités Sociales et de Santé le montant de vos participations financières ainsi que le montant de vos aides.

Vous voudrez bien joindre à votre réponse le ou les avis d'imposition N-1 sur les revenus de l'année N-2.

Les informations collectées par la CMCAS directement auprès de vous font l'objet d'un traitement automatisé ayant pour finalité de vous donner accès à vos droits aux Activités Sociales. Les informations marquées d'un astérisque sont obligatoires et sont nécessaires pour organiser et traiter vos données. A défaut, la CMCAS ne sera pas en mesure de répondre à votre demande ni de vous faire accéder à vos droits. Ces informations sont à destination exclusive de la CMCAS et de la CCAS et seront conservées tant que vos droits aux Activités Sociales seront ouverts.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant où demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données ou pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et vos droits, vous pouvez contacter la CMCAS Gironde – Le Responsable des Traitements – 185 Avenue de Labarde, CS 62053, 33300 BORDEAUX. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits RGPD ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



VOTRE FAMILLE

CONJOINT

Civilité : Nom : Prénom :

Date de naissance : Nom de naissance :

Téléphone portable :

Conjoint sans emploi

Conjoint salarié

Conjoint retraité

ENFANTS OU AUTRES PERSONNES A CHARGE

Civilité : Date de naissance :

Nom : Prénom :

Téléphone portable : (pour les 15/17 ans afin d'avoir un lien privilégié pendant les convoyages)

Adresse E-mail :

ENFANTS OU AUTRES PERSONNES A CHARGE

Civilité : Date de naissance :

Nom : Prénom :

Téléphone portable : (pour les 15/17 ans afin d'avoir un lien privilégié pendant les convoyages)

Adresse E-mail :

ENFANTS OU AUTRES PERSONNES A CHARGE

Civilité : Date de naissance :

Nom : Prénom :

Téléphone portable : (pour les 15/17 ans afin d'avoir un lien privilégié pendant les convoyages)

Adresse E-mail :

ENFANTS OU AUTRES PERSONNES A CHARGE

Civilité : Date de naissance :

Nom : Prénom :

Téléphone portable : (pour les 15/17 ans afin d'avoir un lien privilégié pendant les convoyages)

Adresse E-mail :

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE POUR VOS AYANTS DROIT

-> **Jusqu'au jour de ses 22 ans** : Néant

-> **De 22 à 26 ans** :

- Scolaire/étudiant : Certificat de scolarité
- Apprenti : Contrat d'apprentissage
- Contrats alternance ou professionnalisation: Contrat
- A la recherche d'un emploi : Justificatif de demandeur d'emploi

-> **Enfant en famille d'accueil (-26 ans)** : Attestation de l'organisme de placement

-> **Invalidité - Handicapé** : Carte d'invalidité / attestation d'allocation handicapé

Je m'engage à signaler par écrit à la SLVie ou à la CMCAS tous les changements de situation qui pourraient intervenir durant l'année.

DATE :

SIGNATURE DE L'OUVRANT DROIT :

Les informations collectées par la CMCAS directement auprès de vous font l'objet d'un traitement automatisé ayant pour finalité de vous donner accès à vos droits aux Activités Sociales. Les informations marquées d'un astérisque sont obligatoires et sont nécessaires pour organiser et traiter vos données. A défaut, la CMCAS ne sera pas en mesure de répondre à votre demande ni de vous faire accéder à vos droits. Ces informations sont à destination exclusive de la CMCAS et de la CCAS et seront conservées tant que vos droits aux Activités Sociales seront ouverts.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant où demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données ou pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et vos droits, vous pouvez contacter la CMCAS Gironde – Le Responsable des Traitements – 185 Avenue de Labarde, CS 62053, 33300 BORDEAUX. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits RGPD ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

