



Demande de prestations VOTRE QUOTIDIEN

Documents à envoyer à :
CNAS
TSA 70042
27091 EVREUX CEDEX 9

Pour un traitement optimisé de votre demande, remplir toutes les zones en majuscules et en noir.
Ne pas agraffer, ni scotcher les pièces jointes.



Demande en ligne possible

N° de BÉNÉFICIAIRE

Les informations suivantes sont à renseigner **OBLIGATOIREMENT** :

Organisme ou employeur adhérent _____ Département _____

Nom d'usage _____

Nom de famille (nom de jeune fille) _____

Prénom _____

Date de naissance

OBLIGATOIRE

/ /

Adresse personnelle _____

CP _____

Ville _____

Tél. domicile ou professionnel _____

Portable _____

Situation familiale (en cas de changement, joindre un justificatif) :

Célibataire Concubin(e) Pacsé(e) Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

depuis le ____ / ____ / ____

Votre conjoint(e), votre concubin(e) ou la personne à laquelle vous êtes lié(e) par un Pacs :

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance ____ / ____ / ____ Est-il (elle) bénéficiaire du CNAS ? OUI NON

N° de bénéficiaire _____

Organisme ou employeur adhérent _____

Situation fiscale (avis d'impôt à joindre obligatoirement pour toute 1^{re} demande)

Bénéficiaire : année de votre avis d'impôt _____

Montant «impôt sur les revenus» (ligne 14) _____ €

Concubin(e) : année de votre avis d'impôt _____

Montant «impôt sur les revenus» (ligne 14) _____ €

Revenu imposable.....	33 879
Impôt sur les revenus soumis au barème 14	2 024
Décote.....	540
IMPOT NET	
Total de l'impôt sur le revenu net.....	1 484

Pour connaître la tranche d'imposition dans laquelle vous vous situez en 2021, reportez-vous en haut de la page 2
Pour les situations particulières, se référer au Guide des prestations

Dans le cadre de la gestion des prestations d'action sociale directes, le responsable de traitement est le CNAS, représenté par son Président. La collecte des données personnelles a pour finalité d'offrir des prestations d'action sociale répondant à la définition de la loi n°2007-148 du 2 février 2007. Conformément à la réglementation européenne en vigueur, vous disposez des droits suivants : droit d'accès, de rectification, droit d'effacement, droit à la limitation du traitement, droit d'opposition, droit à la portabilité des données. Merci de consulter notre politique de protection des données sur cnas.fr

Le CNAS se réserve le droit de demander les justificatifs originaux et de procéder à des vérifications supplémentaires.

***Je prends note que si je ne fournis pas mon avis d'impôt sur le revenu, je percevrai le montant minimum pour les prestations dont le montant varie en fonction de la tranche d'imposition, sans régularisation possible.**

Case à cocher obligatoirement

En soumettant ce formulaire, j'autorise le CNAS à traiter des données de santé à caractère personnel, justifiant mon éligibilité à cette offre de prestation.

joindre un RIB
à votre nom
avec BIC et IBAN

Le CNAS se dégage de
toute responsabilité
en cas d'erreur de
transmission de RIB

Date ____ / ____ / ____

Signature

Les conditions d'application sont celles en vigueur à la date de réception du dossier
Je certifie sur l'honneur l'exactitude des déclarations portées sur ce formulaire.

Attention : vous disposez d'un délai de **6 mois** à compter de la date de l'évènement pour faire votre demande. Passé ce délai, celle-ci sera refusée.

- Pour certaines prestations dont l'évènement se situe sur 2021, le montant versé dépend de la tranche d'imposition du foyer. Pour cela, se référer à l'avis de situation déclarative 2020 (impôts sur les revenus 2019), ligne 14 «impôt sur les revenus soumis au barème» ou «impôt sur les revenus après allègement du barème», et avant décote.

1^{re} tranche : impôt (ligne 14) compris entre 0 et 1 000 €

2^e tranche : impôt (ligne 14) compris entre 1 001 et 1 800 €

3^e tranche : impôt (ligne 14) compris au-delà de 1 801 €

VOUS ET VOS AYANTS DROIT

Aide familiale

- facture(s) de l'association ou de l'organisme employant l'aide familiale ou l'auxiliaire de vie, ou bulletin(s) de salaire établi(s) par le bénéficiaire ainsi que le volet social destiné à l'URSSAF lorsque le paiement est réglé en Chèque Emploi Service Universel (CESU), **regroupés en 1 seule demande par an**
- certificat médical précisant la nécessité d'une aide familiale ou d'un auxiliaire de vie, à domicile

Mariage ou PACS - acte ou bulletin de mariage ou copie du livret de famille ou contrat de PACS

VIE PROFESSIONNELLE

Médaille du courage ou de la Sécurité Intérieure

- copie du diplôme ou de l'arrêté d'attribution de la médaille

Médailles

- copie du diplôme et attestation de l'employeur mentionnant la date de promotion ou copie de l'arrêté d'attribution de la médaille

Départ à la retraite ou licenciement pour inaptitude physique définitive (IPD)

- copie de l'arrêté de mise à la retraite ou de la décision de licenciement pour IPD
- certificat administratif précisant les dates d'entrée et de sortie de la fonction publique
- le cas échéant, arrêté ou décision de placement sans traitement pour cause d'inaptitude physique, à défaut, attestation de l'autorité territoriale précisant la date à laquelle l'intéressé(e) a cessé d'être bénéficiaire du CNAS, pour cause d'inaptitude définitive

LOGEMENT

Déménagement

La date de prise en compte pour le versement de cette prestation, correspond à la date de la mutation du bénéficiaire ou la date du début du contrat ou du changement de situation familiale.

Pour cela voir détail des pièces à fournir sur le *Guide des prestations*

RETRAITE

Aide ménagère à domicile

- facture(s) de l'association ou de l'organisme employant l'aide ménagère ou l'auxiliaire de vie, ou bulletin(s) de salaire établi(s) par le bénéficiaire ainsi que le volet social destiné à l'URSSAF lorsque paiement est réglé en Chèque Emploi Service Universel (CESU), **regroupés en 1 seule demande par an**
- certificat médical précisant la nécessité d'une aide ménagère ou auxiliaire de vie, à domicile

Hébergement permanent

- attestation de présence de la maison de retraite ou du foyer logement

SPORTS et LOISIRS

Forfait Sport

- copie de la facture de l'activité sportive*



Carte de pêche

- copie de la carte de pêche annuelle de la fédération nationale de pêche ou justificatif d'achat faisant apparaître le prix, pour vous et vos ayants droit*
- le cas échéant, pièce(s) justifiant que l'enfant est à votre charge

Permis de chasse

- copie de la validation annuelle du permis de chasse, pour vous et/ou votre conjoint*

* Regrouper les factures.

LES VACANCES

Séjour vacances sans enfant à charge

(accessible uniquement si la ligne 14 de votre avis d'impôt 2020 sur les revenus 2019 est inférieure ou égale à 1 000 € et si vous ne pouvez bénéficier d'aucune prestation pour vos enfants ; accessible aux bénéficiaires en activité)

Séjour vacances retraité

Les forfaits de prestations vacances ne sont pas fractionnables et sont versés dans la limite des frais engagés. Il est donc demandé de regrouper les factures en une seule demande. Les dossiers sont à envoyer **APRÈS** le séjour.

Fournir la copie intégrale de l'avis de situation déclarative 2020 (impôts sur les revenus 2019) faisant apparaître la ligne 14.

Pour un traitement optimisé de votre demande, veuillez compléter les renseignements ci-dessous et joindre une facture ou un contrat de location ou un justificatif de paiement dans le cas d'une réservation en ligne, sur lequel apparaissent ces informations. À défaut, faire valider par l'organisme dans le cadre ci-dessous.

Partie à compléter par le bénéficiaire

Je certifie avoir séjourné du / /
au / / Nombre de jours :

Montant du séjour , €

Montant des aides perçues
(CAF, CE, conseil départemental...) — , €

A réglé(e) la somme de = , €

Partie à compléter par l'organisme

*Nom, prénom du signataire :

Adresse du lieu de séjour :

*N° tél.

*Date / /

*Signature et cachet de l'organisme

(*) Mentions obligatoires.
Le CNAS est susceptible d'effectuer un contrôle.

TRANSPORTS

Permis de conduire - Vous passez votre permis voiture ou moto (cette prestation n'est pas accordée à votre conjoint).

Partie à compléter par le bénéficiaire

Je certifie avoir réussi les épreuves du code de la route de la session du :

/ / et/ou avoir réglé la somme de , €

le / / pour les heures de conduite effectuées

Partie à compléter par l'auto-école

*Nom, prénom du signataire :

*N° tél.

*Date / /

*Signature du responsable de l'auto-école et cachet

(*) Mentions obligatoires

