



DEMANDE D'INTERVENTION SOCIALE
AIDE AUX AIDANTS / SOLUTION DE REPIT

Comme vous !

IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM : NOM de naissance :

Prénom : Date de naissance :

N° Sécurité Sociale : :

Situation Professionnelle :

En activité

Demandeur d'emploi

En invalidité

Retraité

Adresse :

Situation Familiale :

Célibataire

Vie Maritale

Marié(e)

Séparé(e)

CP Ville

Divorcé(e)

Veuf(ve)

Téléphone Domicile et Portable /

E-mail

IDENTITE DE LA PERSONNE AIDEE

NOM : NOM de naissance :

Prénom : Date de naissance :

N° Sécurité Sociale : :

Lien de parenté avec l'aidant :

Domicile partagé avec l'aidant :

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

SITUATION DE LA PERSONNE AIDEE (handicap, maladie, dépendance liée à l'avancée en âge, etc.) :

.....
.....
.....
.....

VOTRE BESOIN EN SOLUTION DE REPIT :

.....
.....
.....

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

- **Dernier avis d'impôt sur le revenus (toutes les pages)**
- **Document justifiant de l'état de dépendance de la personne aidée : notification APA, reconnaissance MDPH, certificats médicaux, etc.**
- **Justificatif des dépenses engagées pour la solution de répit**
- **Relevé d'Identité Bancaire du destinataire de l'aide (vous-même si vous avez effectué l'avance des frais)**

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations transmises

Date :

Signature :

**GROUPE APICIL
SERVICE ACTION SOCIALE
38 Rue Francois Peissel
69300 CALUIRE ET CUIRE**

[**action_sociale.apicil@apicil.com**](mailto:action_sociale.apicil@apicil.com)

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Groupe APICIL, 38 rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire, en précisant votre Numéro de Client. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement de vos données personnelles.