

PERSONNE A CONTACTER

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Lien avec le bénéficiaire : Conjoint Enfant Ami Voisin Autre

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

HOSPITALISATION ou SOINS AMBULATOIRES :

DU |_|_| |_|_| |_|_|_|_| AU |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage :

- A signaler toute modification de ma situation et celle de mon conjoint et tout changement de domicile,
- A faire connaître toute modification de ma situation au regard de la PSD, de l'APA, de l'ACTP, de la PCH et de la MTP,
- A régler à la CGSS les sommes éventuellement versées à tort,
- A faciliter toute enquête.

J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à un autre organisme conventionné avec la CGSS pour permettre l'instruction de ma demande.

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L. 114-19 à L. 114-21 du code de la Sécurité Sociale.

Fait à :

Le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature du demandeur :

La loi N° 78.17 du 06/01/1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L 114-13 du code de la Sécurité Sociale, art. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la Sécurité Sociale.

Nom de l'établissement :

Qualité du référent hospitalier (Assistant social / Infirmier / Médecin / Cadre de santé, etc.) :

Nom et prénom du référent hospitalier :

Courriel :

N° de téléphone : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

N° de fax : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

Cachet de l'établissement et signature :

Fait à, le |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|