

AUTORISATION DE PAYER DES PRESTATIONS A UN TIERS

AIDE A L'AUTONOMIE DES JEUNES

Je soussigné (e)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : **Commune :**

N I A :

Déclare, par la présente, autoriser le versement de l'aide à l'autonomie des jeunes sur le compte bancaire ou postal* de l'ayant droit :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à informer ma CMCAS de tout changement concernant ma situation.

Date de la demande :

Signature de l'ouvrant droit

Signature de l'ayant droit

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS.
Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS.
Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :
CCAS - Le Responsable des Traitements - 8 rue de Rosny - BP 629 - 93104 MONTREUIL CEDEX.
Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.