

Nom et adresse du prestataire de service :

Date de mise en place du service :/...../.....

Coût mensuel de l'abonnement : €

Si vous vivez en foyer-logement : au moment de la demande, joindre une facture nominative, indiquant le montant de l'abonnement de la prestation téléassistance pour un mois ; Cette facture fera foi pour l'année civile en cours, et vous sera réclamée à chaque début d'année.

J'atteste sur l'honneur avoir déclaré l'intégralité du montant des capitaux placés, du compte courant et des assurances vie, imposables et non imposables, pour l'ensemble de mon foyer, sur l'imprimé joint ESSS05485.

A, **le** ***Signature**

*J'autorise la MSA COTES NORMANDES et les différents organismes et structures en lien avec ma demande à échanger toutes les informations nécessaires à la constitution de mon dossier dans le cadre de ma demande d'aide.

Pièces à joindre obligatoirement au dossier :

- Photocopie l'avis d'imposition 2023 sur revenus 2022,
- Copie du plan d'aide APA si le demandeur ou le conjoint bénéficie de l'APA,
- Un relevé de capitaux (joint) complété, signé par vous-même, votre conjoint et vos organismes bancaires,
- Pour les personnes vivant à leur domicile : l'échéancier de l'année.

RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS ET DES INTÉRÊTS PERÇUS OU CAPITALISÉS, IMPOSABLES OU NON, POUR L'ENSEMBLE DU FOYER

**PRESTATIONS D'ACTION
SANITAIRE ET SOCIALE
ESSS05485**

NOM : Prénom

N° allocataire :

ATTENTION :
ce document est à faire compléter par l'ensemble de vos
organismes financiers (banque, assurances...)
des photocopies peuvent être faites si nécessaire

PRODUITS	CAPITAL à la date de la demande			INTÉRÊTS PERÇUS OU CAPITALISÉS de l'année écoulée		
	Demandeur	Conjoint	Compte-joint	Demandeur	Conjoint	Compte-joint
Compte courant	€	€	€	€	€	€
Livret d'épargne	€	€	€	€	€	€
Livret A	€	€	€	€	€	€
Livret B	€	€	€	€	€	€
Livret d'épargne populaire (LEP)	€	€	€	€	€	€
Livret, Plan ou compte épargne logement	€	€	€	€	€	€
Livret développement durable	€	€	€	€	€	€
Bons d'épargne, bons de caisse, bons de capitalisation	€	€	€	€	€	€
Epargne assurance vie	€	€	€	€	€	€
Plan épargne populaire	€	€	€	€	€	€
Obligation - Actions	€	€	€	€	€	€
SICAV et Fonds communs de placement	€	€	€	€	€	€
Bons anonymes	€	€	€	€	€	€
Autres (préciser)	€	€	€	€	€	€

Je soussigné(e) M ou Mme Né(e) le

Adresse :

- autorise les organismes bancaires et financiers à fournir tous les renseignements utiles sur le montant des intérêts de capitaux placés et produits d'épargne,
- atteste faire compléter le même imprimé par chaque organisme auprès duquel je détiens un compte.

A le Signature :

Visa de l'établissement bancaire ou de l'organisme financier

L'établissement bancaire :

L'organisme financier :

atteste que M. ou Mme : n'a pas, à ce jour dans notre établissement, d'autres formes d'épargne que celles indiquées ci-dessus.

A le

Signature :