

DEMANDE D'AIDE « FRAIS D'OBSEQUES »

12-116 / 01-2017

109 Boulevard Louis Blanc – 85932 La Roche sur Yon Cedex 9 – Tél : 0810.25.85.10 – www.caf.fr

N° Allocataire :

Q.F. :

	Allocataire	Conjoint(e), concubin(e) pacsé(e)
Nom et Prénom :	_____	_____
Adresse :	_____	_____
Téléphone :	_____	
Mail :	_____	

Nom et Prénom de la personne décédée : _____

Date du décès : _____

Montant des frais d'obsèques : _____

(joindre la facture correspondante)

Avez-vous sollicité une aide auprès d'autres organismes ? Oui Non

Si oui,	Nom de l'organisme	Montant sollicité
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Date : Signature de l'allocataire :



000000102200000000