



ANNEXE A JOINDRE A L'IMPRIME UNIQUE

DEMANDE D'AIDE « FRAIS D'OBSEQUES »
AVEC INTERVENTION D'UN TRAVAILLEUR SOCIAL

12-116 / 02-2022

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 et le relevé d'identité bancaire ou postal des pompes funèbres)

Plan de financement :	
Nom de l'organisme	Montant sollicité
Sécurité Sociale (CPAM, CARSAT, etc...)	
Complémentaire Santé	
Assurances	
Prévoyance	
Autres (CCAS, Employeur, etc...)	
Participations Famille	
Aide frais obsèques Caf	
Reste à charge	

Date :

Signature de l'allocataire :



0000000102200000000