

Service Prévention et Action Sociale

Pour tout renseignement, contacter
le Centre de la Relation Clients :

- Tél. 01 44 90 20 20
- Via [votre espace sécurisé](#) accessible
sur notre site internet www.crpcen.fr

AIDE 2025

ACCOMPAGNEMENT ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE

FORMULAIRE DE FACTURATION

À RETOURNER IMPÉRATIVEMENT AVANT LE 30 NOVEMBRE 2025



N'oubliez pas de joindre, **EN UNE SEULE FOIS**, l'ensemble de vos factures originales et acquittées au formulaire de facturation d'aide à l'accompagnement et à l'amélioration de la qualité de vie.

Identification du demandeur et du bénéficiaire

N° INSEE

Madame Monsieur

Nom et prénom de l'assuré (en capitales)

Identification de la facture

Nature de l'aide :

- Loisirs et vacances
- Séjour - répit
- Frais de scolarité ou de soutien scolaire
- Soutien psychologique auprès de professionnels
- Gardes d'enfant(s)
- Accueil temporaire de jour ou de nuit ou suppléance de l'aidant à domicile

Montant réglé par la famille €

Conformité de la facture

L'identité du bénéficiaire figure-t-elle sur la facture Oui

La facture est-elle acquittée (présence de la mention « payée » ou « acquittée », « reste à payer = 0 € », « solde = 0 € », justificatif bancaire...) Oui

Attention, toutes factures ne justifiant pas l'utilisation de l'aide conformément à son objet et à hauteur des sommes versées fera l'objet d'une récupération.

Je certifie que toutes les déclarations figurant sur cette demande sont sincères et véritables. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, 441-6 et 441-7 du Code Pénal).

Signature **OBLIGATOIRE** de l'assuré



Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau page précédente.

Partie réservée au service action sanitaire et sociale de la CRPCEN

N°

Décision Accord Rejet

Montant à récupérer Oui

Non

€

Conformité de la facture Oui

Non