AGRAFER
la facture originale et acquittée derrière cette feuille, **ICI**.

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 2026

ACCOMPAGNEMENT ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE

FORMULAIRE DE FACTURATION

À RETOURNER IMPÉRATIVEMENT AVANT LE 30 NOVEMBRE 2026

CRPCEN
Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires

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

RGPD RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES

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