

Demande d'aide financière pour les personnes retraitées ou invalides souffrant d'incontinence

IDENTITÉ			
Nom		Prénom	
Adresse			
Code postal		Ville	
Date de naissance		N° de téléphone	
Situation familiale	Seul ☐ En couple ☐		

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

- Photocopie du dernier avis d'imposition *
- Photocopie de la carte d'identité ou du passeport
- Photocopie de la dernière redevance des ordures ménagères *
- Relevé d'identité bancaire (R.I.B)

Ces pièces sont à joindre obligatoirement à toute première demande d'aide financière. Dans le cas d'un renouvellement, seules les pièces marquées d'un * sont à fournir.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR « retraite / invalidité »

Je soussigné(e), (Nom Prénom),
 né(e) à (Ville), le __ __ / __ __ / __ __ (Date de naissance)
 atteste sur l'honneur être retraité(e) ou invalide.
 J'ai connaissance des sanctions pénales encourues par l'auteur d'une fausse attestation.
 Fait pour servir et valoir ce que de droit.
 Fait à : Le : Signature :

ATTESTATION SUR L'HONNEUR « incontinence »

Je soussigné(e), (Nom Prénom),
 né(e) à (Ville), le __ __ / __ __ / __ __ (Date de naissance),
 atteste sur l'honneur souffrir d'incontinence.
 J'ai connaissance des sanctions pénales encourues par l'auteur d'une fausse attestation.
 Fait pour servir et valoir ce que de droit.
 Fait à : Le : Signature :

EMPLACEMENT RÉSERVÉ À LA COMMUNE

Dossier réceptionné le : [☐] Première demande [☐] Renouvellement
 Commentaires :

Vous retrouverez au verso de ce document les informations relatives au traitement des données personnelles

Le dossier complet est à envoyer ou à déposer auprès de la mairie de votre lieu de résidence.

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE POUR LES PERSONNES RETRAITÉES OU INVALIDES SOUFFRANT D'INCONTINENCE

CONDITIONS GÉNÉRALES

La commune a décidé d'octroyer une aide financière aux usagers du service de collecte et de traitement des ordures ménagères souffrant d'incontinence et remplissant les conditions suivantes :

- Être retraité ou invalide,
- Habiter dans la commune

Le montant de l'aide accordée sera calculé en fonction des ressources et selon le barème ci-dessous.

Personnes seules :

TARIF	A	B	C
REVENUS (revenus n-1 avant l'abattement de 10%)	<= 1 000 €	1 001 – 1 200 €	1 201 – 1 400 €
Montant de la participation annuelle	80 €	65 €	50 €

0 € pour les revenus supérieurs à 1 400 €

Couples :

TARIF	A	B	C
REVENUS (revenus n-1 avant l'abattement de 10%)	<= 1 500 €	1 501 – 1 700 €	1 701 – 1 900 €
Montant de la participation annuelle	80 €	65 €	50 €

0 € pour les revenus supérieurs à 1 900 €

DONNÉES PERSONNELLES

La Commune recueille des informations vous concernant pour le traitement de la participation financière pour les personnes incontinentes. La base légale du traitement se fonde sur la mission de service public. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Le personnel en charge du traitement des données liées à la demande. Les données sont conservées pendant 10 ans.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits, veuillez nous contacter à l'adresse électronique :

ou à l'adresse postale de la mairie :

Pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse rgpd@cdg67.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Le dossier complet est à envoyer ou à déposer auprès de la mairie de votre commune.