



Assurances sociales pour indépendant

Plan famille : Formulaire de demande relatif aux mesures en cas de soins palliatifs

Vous êtes invité(e) à compléter ce formulaire et à nous le renvoyer une fois complété et signé :

- par lettre recommandée ou par dépôt d'une requête sur place ou;
- si vous avez déjà introduit une demande par lettre recommandée ou par dépôt d'une requête sur place, dans ce cas vous pouvez nous renvoyer ce formulaire par courrier ordinaire.

RAPPEL : LE PRESENT FORMULAIRE DOIT ÊTRE TRANSMIS A LA CAS dans un délai de 4 semaines à compter du début de votre interruption temporaire d'activité.

1. Données relatives au demandeur

- Nom et prénom du demandeur : -----
- Numéro national : -----
- Tél : -----
- E-mail :-----
- Compte bancaire n° : -----
- Vous avez/allez cesser temporairement, pendant au minimum 4 semaines, votre activité indépendante pour donner des soins palliatifs à (cocher la case adéquate):
 - votre enfant
 - votre partenaire

Mentionnez la date précise du début de votre interruption temporaire d'activité :

2. Données relatives à la personne malade

- Nom et prénom de la personne malade : -----
- Date de naissance : -----
- Lieu de résidence où sont procurés les soins palliatifs : -----

- Lien de parenté avec le demandeur : -----
- S'il s'agit d'un enfant, dénomination de la Caisse de paiement des allocations familiales : -----

- S'il s'agit d'un enfant, fait-il l'objet d'une garde alternée (cocher la case adéquate) :
 - Oui
 - Non



3. Signature

Je certifie que toutes les données figurant sur ce formulaire sont exactes. Je m'engage à communiquer immédiatement par écrit chaque modification de ces données. En cas de décès de la personne malade, ou de reprise de mon activité professionnelle, je m'engage à informer immédiatement ma CAS.

DATE : ---- / ---- / -----

Signature du demandeur :

ATTESTATION A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS PALLIATIFS

Le travailleur précité déclare vouloir dispenser des soins palliatifs à la personne malade précitée qui se trouve en phase terminale et qui réside actuellement au lieu mentionné dans le présent formulaire.

Date : / /

Signature et cachet du médecin

