



## FORMULAIRE DE DEMANDE DE CHEQUES DOMICILE CESU TOUTES PRESTATIONS

**LE DOSSIER DE DEMANDE EST A  
RETOURNER DUMENT COMPLETE AU :**  
CE CPAM DU HAVRE  
Commission CESU

Cadre réservé au CE

Date de réception : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° de dossier : .....

**PREMIERE DEMANDE :**             Oui             Non, préciser le code CESU : \_\_\_\_\_

### CRITERES D'ATTRIBUTION

Vous êtes agent en activité

Vous êtes en droit de bénéficier de CESU à hauteur de 20 CESU par an. Le CE CPAM DU HAVRE abonde vos CESU à hauteur de 5 € par titre. Les titres ont une valeur faciale de 18 €. Vous pouvez commander un minimum de 6 titres.

### AGENT BENEFICIAIRE

Civilité :  Madame             Mademoiselle             Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tel : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| (pour vous joindre en journée)

E-mail : ..... (pour le suivi de votre dossier sur Internet)

### COMMANDE

Je souhaite commander xxxx Chèques Domicile CESU papier à 18 €, soit un montant total de xxxx €. Je joins en règlement un chèque bancaire d'un montant de xxxx €. (13 € x par Nombre de CESU)

**Je certifie exacts les renseignements indiqués, ci-dessus, et déclare avoir pris connaissance des conditions d'attribution et d'utilisation du Chèque Domicile CESU attribués par le CE CPAM DU HAVRE.**

Signature du demandeur :            Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_