



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 12 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: ____/____/____