



<b>Formulaire de demande du Pass bien-être- Bénéficiaire RSA Socle</b>
--

Nom (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Prénom (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Date de naissance (obligatoire) : \_\_\_\_\_

N° allocataire (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Adresse mail (obligatoire) \_\_\_\_\_

Adresse postale (obligatoire) – il s’agit de l’adresse à laquelle vos coupons seront envoyés – un justificatif d’adresse de moins de 3 mois doit être joint si l’adresse est différente de celle de votre avis d’imposition

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Par la signature du présent formulaire :

- J’atteste sur l’honneur que je ne bénéficie pas de l’AAH (Allocation Adulte Handicapé)
- J’atteste sur l’honneur l’exactitude et l’exhaustivité des informations transmises et suis informé(e) que des contrôles, en particulier sur les ressources ou les coordonnées, pourront être réalisés sur ces informations.
- Je suis informé(e) que des données personnelles me concernant ont été recueillies à des fins de vérification de mon éligibilité au dispositif « Pass bien-être ». Ces données sont conservées pour la durée du dispositif.  
Pour toute question ou demande de suppression de vos données, merci de contacter : [dpo@cg974.fr](mailto:dpo@cg974.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.

Date :

Signature :

Formulaire à envoyer à :

Département de la Réunion  
 Direction de l’Action Sociale  
 2 rue de la Source  
 97488 Saint Denis Cedex

**Pièces à joindre à votre demande :**

- **Copie de justificatif d’identité carte nationale recto verso, ou passeport à la page indiquant votre identité**
- **Copie de la dernière attestation de paiement de la CAF**
- **Justificatif de domicile de moins de 3 mois**
- **Attestation d’hébergement pour les personnes hébergées+ justificatif**