

## Formulaire de contact

Vous souhaitez être recontacté pour une évaluation de vos besoins et de vos droits spécifiques ?  
Complétez ce formulaire et retournez-le-nous à l'adresse suivante :

SSAD – Casip Cojasor  
Prise de contact  
8 rue de Pali Kao, 75020 Paris

M / Mme : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance (Ville, Pays) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Vous aimeriez avoir des informations sur les possibilités d'aide au financement des services suivants :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aide à domicile (aide-ménagère, auxiliaire de vie...)  | <input type="checkbox"/> Livraison de repas                             |
| <input type="checkbox"/> Aide au financement d'une mutuelle                     | <input type="checkbox"/> Aide au financement de certains frais de santé |
| <input type="checkbox"/> Accueil en centre de jour                              | <input type="checkbox"/> Contribution à certains frais de transport     |
| <input type="checkbox"/> Petits aménagements liés à la sécurisation du logement | <input type="checkbox"/> Aides d'urgence                                |

Afin de nous permettre de mieux vous connaître, vous pouvez partager ici votre récit de vie pendant la guerre :

---

---

---

---

---

Etes-vous actuellement bénéficiaire de l'APA ?      Oui    –    Non  
Si oui, merci d'indiquer votre niveau de       GIR 1 à 2     GIR 3 à 4     GIR 4 à 5  
GIR :

- En remplissant et retournant ce formulaire, j'accepte que les informations communiquées soient exploitées par la fondation Casip Cojasor ou ses partenaires pour permettre de me recontacter et d'évaluer mes droits spécifiques en tant que victime juive du nazisme.

Date : \_\_\_\_\_  
Lieu : \_\_\_\_\_

Signature :