

Formulaire de demande d'aide à la mobilité pour la vaccination contre la COVID 19

Le Conseil départemental de la Haute-Marne vous accompagne pour vous rendre en centre de vaccination contre la COVID 19 grâce à une aide à la mobilité par personne bénéficiaire en application du règlement départemental adopté en commission permanente du 19 février 2021.

Identité

Nom de famille :

Nom de naissance :

Prénoms :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Je suis :

- une personne de plus de 75 ans à domicile,
- un bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile de 60 ans à 74 ans révolus,
- un bénéficiaire de la Prestation de Compensation du Handicap à domicile,
- un bénéficiaire de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne à domicile,
- un bénéficiaire du Revenu de Solidarité Active.

Je sollicite une aide à la mobilité auprès du Conseil départemental car je me suis rendu(e) au centre de vaccination contre la COVID 19.

J'atteste sur l'honneur ne pas disposer d'une autre solution de mobilité pour me rendre en centre de vaccination.

J'atteste sur l'honneur ne pas pouvoir bénéficier d'un bon de transport sur prescription médicale.

J'atteste sur l'honneur n'avoir bénéficié d'aucune aide de ma caisse de retraite, ma mutuelle, ma commune ou autre.

Je fournis les factures de taxi indiquant la(les) course(s) (deux maximum) et leur motif.

Signature du demandeur :

date :

Pièces obligatoires à fournir :

- copie d'un justificatif d'identité (carte d'identité, passeport ou livret de famille)
- un justificatif de domicile en Haute-Marne (copie d'une facture, attestation d'hébergement, autre)
- le relevé d'identité bancaire avec la demande
- la(les) facture(s) de taxi
- l'attestation datée et signée

A envoyer à l'adresse suivante :

Conseil départemental de la Haute-Marne
Pôle des solidarités
Direction de l'Autonomie
1 rue du commandant Hugueny
CS 62127
52905 Chaumont Cedex 9

ou par mail :
mobilitévaccination@haute-marne.fr