



Carrefour d'Accompagnement Public Social

## ATTESTATION DE(S) REVENU(S)

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Certifie que mes revenus sont les suivants :

	Montant mensuel
<b>Allocation Adultes Handicapés</b>	
<b>Allocation Logement à Caractère Social</b>	
<b>Allocation Compensatrice</b>	
<b>Pension d'Invalidité</b>	
<b>Majoration Tierce Personne</b>	
<b>Fond National de Solidarité</b>	
<b>Autres (à préciser)</b>	

et m'engage à informer Monsieur le Directeur du Carrefour d'Accompagnement Public Social.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le, \_\_\_\_\_

Signature de l'utilisateur,

Signature du représentant légal,

**NOTA** : Joindre une photocopie des états de ressources déclarées ci-dessus.

**Carrefour d'Accompagnement Public Social**

4, rue Léon Parisot – 54110 Rosières-aux-Salines  
Téléphone : 03 83 48 14 12    Télécopie : 03 83 46 68 25  
Site internet : <http://www.caps-54-51.com>