

FIN DE DROIT OU MODIFICATION DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

(document à adresser à l'URSSAF ou à la CGSS pour les départements d'outre-mer)

Le **CONSEIL GÉNÉRAL** d **précise que :**

M. M^{me} M^{elle}

NOM NOM D'ÉPOUX(SE)

Prénoms Né(e) le | | | | | | | | | |

à N° de Sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse

Code postal | | | | | | Ville

Adresse de correspondance

Code postal | | | | | | Ville

A SON DROIT SUSPENDU

N'EST PLUS TITULAIRE DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

depuis le | | | | | | | | | | pour le motif suivant :

- Décès*
- Hospitalisation*
- Hébergement en établissement*
- Changement de domicile depuis plus de 3 mois*
- Autre*

A UNE REPRISE DU DROIT à compter du | | | | | | | | | |

Date | | | | | | | | | |

CACHET DU CONSEIL GÉNÉRAL