

**Demande d'arrêt du bénéfice des aides
du régime handicap et dépendance de Nouvelle-Calédonie**

Nom et prénom du bénéficiaire :

N° assuré CAFAT :

Adresse :

.....

à

Conseil du Handicap et de la Dépendance (CHD),
34 bis rue de l'alma,
Immeuble First
BP N4 - 98 851 Nouméa

Nouméa, le ____ / ____ / _____

Objet : Demande d'arrêt du bénéfice des aides du régime handicap et dépendance

N° du PAP : - CHD du ____ / ____ / _____

(voir dernière décision CRHD en date)

Madame la Présidente,

Je demande par la présente la fin de tout versement ou financement des prestations ou allocations suivantes *:

- allocation pleine
- allocation minorée
- frais supplémentaires (pour les enfants et les jeunes)
- hébergement
- accueil de jour
- accompagnement de vie
- transport

Motif de ma demande :

.....
.....
.....
.....

J'atteste avoir été informé(e) que cette demande entraîne l'arrêt de tout engagement du régime handicap et dépendance dans le financement de mon PAP.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma considération distinguée.

*Signature du bénéficiaire
ou Nom et prénom du représentant légal et signature*

* Cocher les prestations concernées par votre demande