

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DON DE JOURS

Fond de solidarité LNA



NOM _____

PRÉNOM _____

ÉTABLISSEMENT _____

MATRICULE _____

- ☐ Je certifie être en soutien d'un proche rencontrant une situation d'une particulière gravité* rendant indispensable une présence soutenue à son chevet et des soins contraignants.

** Proches touchés par une maladie grave, un accident d'une particulière gravité, un handicap, une situation de fin de vie ou par un décès.*

Le proche atteint par cette situation est :

- ☐ Un enfant
- ☐ Un conjoint, concubin ou partenaire de PACS

- ☐ Je joins un justificatif médical attestant que l'état de santé du proche que je soutiens nécessite une présence soutenue et des soins contraignants.

- ☐ Je joins un justificatif du lien de parenté / alliance avec le proche aidé.

Je sollicite la possibilité d'obtenir un don de _____ jours de congés*.

Aux dates suivantes : _____
(calendrier prévisionnel _____
si déjà connu) _____

** Congé de l'aidant bénéficiaire plafonné à 10 jours ouvrés par an (prise consécutive ou fractionnée) dans la limite du solde disponible sur le fond de solidarité LNA.*

Cette demande de don est : ☐ Une demande initiale ☐ Un renouvellement

☐ Urgente

Date de la demande : _____ Signature du salarié : _____

Encart réservé à Lumanisy

Demande répondant
aux critères d'éligibilité :

☐ Oui ☐ Non

Nombre de jour(s) envisagé(s) suite évaluation : _____

Commentaires :

