

## NOTICE D'UTILISATION

**1** Ce formulaire est composé d'une liasse de **5 feuillets** autocopiants.  
Écrivez **lisiblement** sur le feuillet 1.

**2** Dans le cadre **LE DEMANDEUR** situé sous le titre, indiquez s'il s'agit du patient lui-même ou d'un représentant légal.

La première rubrique du formulaire, **en grisé**, est destinée aux services administratifs et n'est pas à remplir.

Dans la rubrique **LE PATIENT** après les coordonnées du patient, indiquez celles de l'association présentant la demande si c'est le cas.

Dans la rubrique **L'ABONNÉ**, indiquez avec précision ses coordonnées si elles sont différentes de celles du patient.

Dans la rubrique **LA DEMANDE**, reportez votre nom, et signez dans la rubrique **LA SIGNATURE**.

**3** Détachez et **conservez** le feuillet 5.

**4** Envoyez à la **DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES (D.D.A.S.S.)** de votre département, dont l'adresse figure en haut et à gauche du formulaire :

- Les **4 premiers feuillets** de la liasse.
- Le **certificat médical** établi par un médecin.

**5** Vous **recevrez** quelques jours plus tard une **notification de décision** qui contiendra l'accord ou le refus du Médecin inspecteur de Santé publique.

Si vous obtenez un **accord**, vous pourrez bénéficier, **à partir de la date de prise en compte** par le distributeur, d'une information particulière et personnelle en cas de coupure de courant électrique.

**Cette date** figurera dans le courrier que vous adressera, sous huit jours, le responsable du service de distribution d'électricité ayant pris en compte votre demande.

### **IMPORTANT**

Le bénéfice de ce service d'information particulière étant accordé pour une durée **d'un an**, il vous appartiendra, le cas échéant, de renouveler votre demande en temps opportun auprès de la D.D.A.S.S.