



## Demande de prestation du fonds de solidarité I

### Données du demandeur:

No de membre: ..... No téléphone P: .....

Nom/Prénom: ..... No téléphone G: .....

Rue: .....

NPA/Lieu: .....

E-Mail: .....

EVU: .....

CCP IBAN: .....

Bancaire IBAN: .....

Début l'incapacité de travail: .....

maladie / accident                      Grossesse / temps d'allaitement                      Invalidité professionnelle

Demandeur:  
(Signature) .....

Lieu/Date: .....

La demande doit être accompagnée de: - En cas de malaide / accident / grossesse/temps d'allaitement les bulletins de salaire pour les mois en question et les certificats médicaux  
- En cas d'invalidité professionnelle la décision du Medical Services / médecin de confiance

### Indication de la section:

Membre LPV depuis: ..... Section: .....

Président de section:  
(timbre et signature) .....

Date/Lieu: .....

|   |  |                         |  |
|---|--|-------------------------|--|
| Jan Schönenberger, Höhenstrasse Ost 59b, 4600 Olten |  | Mobil: +41 51 281 38 36 | <a href="mailto:kassier@lpv-sev.ch">kassier@lpv-sev.ch</a> |
| <a href="http://www.lpv-sev.ch">www.lpv-sev.ch</a>  |  | 1 / 1                   | 18.08.2019   |