

## AIDE AU TRANSPORT DE CORPS – FORMULAIRE DE DEMANDE

Le formulaire ainsi que les pièces justificatives doivent être envoyés au format PDF, au plus tard 3 mois après le décès de la personne dont le corps est transporté, par email à : [aidefuneraire@ladom.fr](mailto:aidefuneraire@ladom.fr)  
Les dossiers adressés selon d'autres modalités ne seront pas pris en compte.

DEMANDEUR (Personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles)	
Titre : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
Nom :	Prénom :
Né(e) le :	Ville de naissance :
Lien de parenté avec le défunt : <input type="checkbox"/> Père du défunt <input type="checkbox"/> Enfant du défunt <input type="checkbox"/> Frère / Sœur du défunt <input type="checkbox"/> Mère du défunt <input type="checkbox"/> Conjoint du défunt <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	
Adresse :	Téléphone :
	Courriel :
DEFUNT	
Titre : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
Nom du défunt :	Prénom du défunt :
Adresse du défunt :	Lieu du décès (Département) :
Date du décès :	Lieu des obsèques, si différent (Département) :
INFORMATIONS RELATIVES AU TRANSPORT DE CORPS	
Date du transport du corps du défunt :	
Lieu de départ : <input type="checkbox"/> France hexagonale <input type="checkbox"/> Guadeloupe <input type="checkbox"/> Guyane <input type="checkbox"/> La Réunion <input type="checkbox"/> Martinique <input type="checkbox"/> Mayotte <input type="checkbox"/> Saint-Martin <input type="checkbox"/> Saint-Barthélemy	Lieu d'arrivée : <input type="checkbox"/> France hexagonale <input type="checkbox"/> Guadeloupe <input type="checkbox"/> Guyane <input type="checkbox"/> La Réunion <input type="checkbox"/> Martinique <input type="checkbox"/> Mayotte <input type="checkbox"/> Saint-Martin <input type="checkbox"/> Saint-Barthélemy
Cadre réservé à LADOM – éligibilité de la demande (tous les critères doivent être validés)	
Lieux de départ et de destination éligibles : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Le lieu de destination est la résidence habituelle du défunt : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Part fiscale du demandeur inférieure ou égale à 11 991€ : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Demande déposée dans le délai de 3 mois suivant le décès du proche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prise en charge de tout ou partie du transport de corps par une assurance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
N° de dossier :	Validation de l'aide au transport de corps : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non