



Formulaire de demande du Pass bien-être – je suis bénéficiaire du RSA

Nom (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Prénom (obligatoire) : \_\_\_\_\_

N° d'allocataire (obligatoire) – il doit être identique à celui de votre attestation CAF : \_\_\_\_\_

Adresse mail (obligatoire) \_\_\_\_\_

Adresse postale (obligatoire) – il s'agit de l'adresse à laquelle vos coupons seront envoyés - elle doit être identique à celle de votre attestation CAF :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Par la signature du présent formulaire :

- J'atteste sur l'honneur l'exactitude et l'exhaustivité des informations transmises et suis informé(e) que des contrôles, en particulier sur les ressources ou les coordonnées, pourront être réalisés sur ces informations.
- Je suis informé(e) que des données personnelles me concernant ont été recueillies à des fins de vérification de mon éligibilité au dispositif « Pass bien-être ». Ces données sont conservées pour la durée du dispositif.  
Pour toute question ou demande de suppression de vos données, merci de contacter : [rgpd.pbe@arkeup.com](mailto:rgpd.pbe@arkeup.com)  
Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Date :

Signature :

Formulaire à envoyer à :

Pass bien-être Département de La Réunion  
Chez DIGIPROD  
11 chemin Grand Canal  
97490 SAINT-DENIS

Pièces à joindre à votre demande :

- **Copie de justificatif d'identité carte nationale recto verso, ou passeport à la page indiquant votre identité)**
  - Copie d'attestation CAF