Prénom Nom
Adresse
Code postal / Ville
N° Tél :

Faite à (Ville), le (date).

Nom de l'Organisme ou destinataire
Adresse
(A l'attention du Gestionnaire du dossier)
Code postal / Ville

LRAR n° : xx xxx xxx xxx

Objet : Contestation de refus /ou suppression d'une prestation sociale

PJ Annexe : Exemple : (*Copie du courrier de refus ou de suppression)*

Madame, Monsieur,

J'ai reçu à la date du (date du courrier de la CAF) un courrier dans lequel vous m'avez signifié (le refus/la suppression) pour la prestation (indiquez le nom de l'allocation supprimée ou refusée).

Or, je ne comprends pas les motifs de cette décision.

En effet (précisez les raisons de votre contestation).

Vous trouverez ci-joints les documents attestant du fait que je peux prétendre à/conserver cette prestation.

Dans l'attente d'une réponse de votre part avant de devoir saisir la Commission de Recours Amiable, je vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Nom Prénom
Signature

Si vous rencontrez toutefois des difficultés, DAC'O'DOC est à votre disposition pour vous aider par téléphone au 01.78.45.29.93 ou par mail : contact@dacodoc-services.com