

CPAS de .....

Tél : ....

E-mail : .....

Annexe :

**Votre correspondant :**

.....

CPAS DE .....

Madame/ Monsieur ...

Président/e du CPAS de ....

Le .... / .../...

Madame la Présidente/ Monsieur le Président,

Concerne : Avis d'incompétence territoriale au CPAS

En date du ../.../..., notre CPAS a reçu une demande de .... de Monsieur/ Madame ....

Notre CPAS ne se considère pas/ plus compétent pour traiter la demande d'aide.

En effet, Monsieur/ Madame ..... (explication de la raison de l'incompétence).

Ainsi, en application de l'article ....., notre CPAS ne s'estime pas compétent pour traiter cette demande.

En raison de la compétence territoriale de votre Centre, nous vous transmettons dès lors la demande dans le délai légal.

Nous vous remercions d'avance de bien vouloir examiner ce dossier.

Nous transmettons une copie de la présente à l'intéressé.

Veillez agréer, Madame la Présidente/ Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments distingués.

(Signature)