



ACTION SANITAIRE et SOCIALE



Aide à la Vie Domestique : Personnes en situation de handicap

Document à remettre à votre CMCAS

1 Vous-même :

Madame Monsieur Votre nom (de naissance) :

Votre nom d'époux ou d'épouse (s'il y a lieu) :

Si vous portez un autre nom, indiquez-le :

Vos prénoms (soulignez le prénom courant) :

Votre NIA :

Etes-vous retraité du Régime Général ? OUI NON

Votre date de naissance ?

Votre numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité)

Votre courriel :

Votre adresse :

Code postal : Commune :

2 Votre situation de famille :

Vous êtes : célibataire veuf (ve) séparé(e) divorcé(e)

Si vous vivez en couple : vous êtes marié(e) vous avez conclu un pacs vous vivez en concubinage

3 Votre conjoint(e) ou partenaire PACS ou concubin(e) :

Son nom (de naissance) : Son nom d'époux ou d'épouse :

Ses prénoms (soulignez le prénom courant) :

Si vous portez un autre nom, indiquez-le :

Sa date de naissance ?

Est-il/elle retraité (e) du Régime Général ? OUI NON

Est-il/elle hébergé(e) en établissement ? OUI NON

4 Votre situation au regard des aides légales :

➔ **Percevez-vous l'une de ces aides ?**

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ➔ Allocation personnalisée d'autonomie (APA) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➔ Prestation spécifique dépendance (PSD) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➔ Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➔ Prestation de compensation du handicap (PCH) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➔ Majoration pour tierce personne (MTP) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Si **oui**, indiquez la date depuis laquelle vous percevez cette aide :

Si **oui**, et pour quelle prestation percevez vous cette aide :

Si **non**, précisez si pour ces aides :

- Vous n'avez pas déposé de demande
- Votre demande a été rejetée.
- Votre demande est en cours d'instruction.
- Vous en avez refusé l'attribution.

5 Personne à contacter pour le suivi de votre dossier :

➔ **Vous pouvez indiquer si vous le souhaitez, les coordonnées d'une personne à contacter pour le suivi de votre dossier :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Courriel :

Numéro de téléphone :

Cette personne est : Un membre de votre famille, un ami, un proche
 Votre tuteur ou curateur

6 Pièces justificatives :

Vous venez de remplir votre demande d'aide.

Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre :

- une photocopie de votre dernier avis d'imposition sur le revenu, ainsi que celui de votre conjoint, concubin ou partenaire PACS **(Avis d'imposition 2020 sur les revenus 2019)**
 Vos droits seront calculés en fonction des ressources figurant sur votre avis d'imposition.
Important : Si votre situation a évolué depuis la date de ce document (séparation, veuvage, modification importante des ressources) merci de nous le signaler.
 A défaut, ce sont les ressources de l'avis d'imposition qui seront prises en compte.
- un certificat médical, daté et signé, comportant le nombre d'heures mensuel et la durée de l'intervention **ci-joint le certificat médical type à nous retourner.**
- la notification de reconnaissance CDAPH a minima 50%
- la notification de votre aide (APA, PSD, ACTP, PCH, MTP)
- une photocopie de votre dernier bulletin de pension CNIEG et autres organismes.

Si vous bénéficiez d'un régime de protection juridique, vous devez aussi fournir :

- la copie du jugement de curatelle, de tutelle ou de sauvegarde de justice.

7 Attestation sur l'honneur :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage :

- à signaler toute modification de ma situation et celle de mon conjoint et tout changement de domicile,
- à faire connaître toute modification de ma situation au regard de la PSD, de l'APA, de l'ACTP, de la PCH et de la MTP.
- à rembourser à ma CMCAS les sommes éventuellement versées à tort.
à faciliter toute enquête.

Fait à :

Le :

Votre signature :