

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Première demande

Renouvellement

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 :

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 situation au regard des régimes de retraites

☞ Votre pension CNIEG :

☞ Percevez-vous une pension CNIEG de type Directe ? OUI NON

Si oui vous pouvez passer à la partie 4 « Votre situation au regard des aides légales »

☞ Percevez-vous une pension CNIEG de type Réversion ? OUI NON

Si oui veuillez répondre à la question suivante.

☞ Percevez-vous une pension à titre personnelle servie par un autre régime ? OUI NON

Si oui, vous devez entamer des démarches auprès de votre régime de retraite personnelle.

Dans le cas où un bénéficiaire relevant du régime général ou autre régime de prévoyance, se voit refuser le bénéfice de la prestation téléassistance par son organisme d'affiliation, la CMCAS peut accorder la prise en charge sous réserve de la présentation d'un justificatif écrit et motivé par le dit régime de retraite ou de prévoyance.

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"/> |

☞ **IMPORTANT :** Si vous percevez l'APA, vous ne pouvez bénéficier de la prestation Téléassistance par votre CMCAS.

5 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

6 Votre demande d'aide

☞ Votre demande d'aide est-elle liée à une modification récente de votre situation ? OUI NON

Si oui, précisez cette situation :

- Départ ou décès du conjoint ou d'un membre de la famille,
- Dégradation subite de votre état de santé,
- Retour d'hospitalisation,
- Autre : précisez :

7 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

8 Pièces justificatives

Vous venez de remplir votre demande d'aide.

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

- ➡ La copie de **l'avis d'imposition 2020 sur les revenus 2019** (à compter du 01/09/2020).
- ➡ Les copies des vos **bulletins de pensions** (CNIEG, CARSAT, RSI, autres...)
- ➡ La copie du **contrat** signé entre le prestataire et le bénéficiaire précisant le **montant** de la prestation.
- ➡ Le justificatif d'éventuelles **subventions extérieures**.

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.

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 :

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS. Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS.
Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :
CCAS – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX.
Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.

	DOCUMENT ANNEXE de RÉFÉRENCE	
	« BAREMES PLAFONDS & MONTANTS DES AIDES ASS »	N° : 18526 Version : V 3.0
Département Santé et Action Sociale	Page : 4	



Téléassistance – 79 ans

Définition

Barème	2019						Participation	
	Ressources mensuelles					Part		
	Personne seule			Ménage				FASS
	jusqu'à 830 €			jusqu'à 1 328 €				
de	831 €	à	1 099 €	de	1 329 €	à	1 845 €	70 %
de	1 100 €	à	1 346 €	de	1 846 €	à	2 150 €	50 %
de	1 347 €	à	1 720 €	de	2 151 €	à	2 579 €	40 %
à partir de 1 721 €			à partir de 2 580 €				30 %	

Téléassistance + 79 ans (+ Domaine HANDICAP)

Définition

Barème	2019						Participation	
	Ressources mensuelles					Part		
	Personne seule			Ménage				FASS
	jusqu'à 2 205 €			jusqu'à 3 135 €				
de	2 206 €	à	2 515 €	de	3 136 €	à	3 445 €	90%
de	2 516 €	à	2 825 €	de	3 446 €	à	3 755 €	70%
de	2 826 €	à	3 135 €	de	3 756 €	à	4 065 €	50%
à partir de 3 136 €			à partir de 4 066 €				30%	

Toutes Téléassistances

Plafond	TA –79 264 € / an TA +79 Parts Bénéficiaire et FASS
----------------	--

Tarifs	264 € /12 = 22 €/mois Cf. Plafond
---------------	--