

Document à remettre **sur place** ou par **Mail**
à votre **CMCAS** ou **SLVie**.

ACTION SOCIALE

Aides aux seniors pour le maintien à domicile

Soumises à conditions de ressources

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de l'aide aux seniors pour :

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| un plan d'actions personnalisé * | <input type="checkbox"/> | une aide à l'amélioration de l'habitat* | <input type="checkbox"/> |
| une aide aux situations de Rupture * | <input type="checkbox"/> | une aide à la téléassistance | <input type="checkbox"/> |

*L'obtention de l'une de ces prestations sera soumise à une évaluation de vos besoins par une structure évaluatrice.

1 Demandeur ouvrant-droit

Madame Monsieur Nom Prénom :

Date de naissance NIA :

Etes-vous retraité du régime général ? oui non

Numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Courriel :@.....

Adresse :

Code postal : Commune :

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

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

2 Votre conjoint(e) bénéficiaire ayant-droit

Nom : Prénom :

Date de naissance

Votre conjoint est-il :

retraité du régime général ? oui non hébergé(e) en établissement ? oui non

3. Votre demande d'aide

Vous souhaitez obtenir une aide pour :

- recourir à un service d'aide au maintien à domicile afin de vous aider dans vos tâches quotidiennes
- faire réaliser des travaux dans votre logement

Votre demande 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 :

4. Votre situation au regard des aides légales :

Percevez-vous l'une de ces aides ?

Allocation personnalisée d'autonomie (APA) oui non

Prestation spécifique dépendance (PSD) oui non

Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) oui non

Prestation de compensation du handicap (PCH) oui non

Majoration pour tierce personne (MTP) oui non

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 :

Numéro de téléphone (en cas de nécessité) :

Courriel :@.....

Adresse :

Code postal : Commune :

Cette personne est :

un membre de votre famille, un ami, un proche,

Votre tuteur ou curateur.

6. Pièces justificatives à joindre

- une photocopie de votre dernier avis d'imposition sur le revenu, ainsi que celui de votre conjoint, concubin ou partenaire PACS,
- la notification de votre aide (APA, PSD, ACTP, PCH, MTP)
- une photocopie de votre dernier bulletin de pension CNIÉG et/ou 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

Vos droits seront calculés en fonction des ressources figurant sur votre avis d'imposition. Si votre situation a évolué depuis la date de ce document (séparation, veuvage, modification importante des ressources), complétez la déclaration de revenus page suivante. A défaut, ce sont les ressources de l'avis d'imposition qui seront prises en compte.

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

- 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

Signature :

A compléter en cas de changement de situation

Déclaration de revenus

Si vos revenus ont évolué depuis la date de votre dernier avis d'imposition (séparation, veuvage, modification importante des ressources), complétez le tableau ci-dessous en indiquant le dernier montant mensuel perçu (attention aux revenus trimestriels, les chiffres à reporter ci-dessous doivent être mensuels).

Natures des ressources	Montant mensuel perçu par vous-même	Montant mensuel perçu par votre conjoint
Pension, retraites, rentes		
Pensions alimentaires		
Traitements, salaires ou revenus d'activités		
Allocations de préretraite ou de chômage		
Rentés viagères à titre onéreux		
Revenus des valeurs et capitaux mobiliers		
Revenus fonciers		
Autres revenus, précisez : 		

Fiche à joindre pour la prestation
Amélioration de l'habitat

Vous devez joindre ce feuillet si vous souhaitez obtenir une aide pour faire réaliser vos travaux dans votre logement, après financement des organismes extérieurs et étude de votre dossier selon vos revenus.

Madame Monsieur Nom Prénom :

Date de naissance NIA :

Habitation nécessitant des travaux

A quel titre l'occupez-vous ?

Propriétaire Locataire Autre situation. Précisez :

Son adresse ? (à compléter si différente de votre adresse actuelle)

.....

Code postal : Commune :

S'agit-il de votre résidence principale ? oui non

Si non, cette habitation est-elle destinée à devenir votre habitation principale dans les 12 mois suivant la fin des travaux ? oui non

Travaux demandés - Joindre 2 devis

Décrivez succinctement les travaux que vous souhaitez faire réaliser :

Avez-vous l'autorisation du propriétaire pour effectuer les travaux ? oui non

Quand les travaux devraient-ils débuter ?

Date :

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.