



**AIDE (à renseigner en totalité obligatoirement)**

Nombre total d'heures demandées :

par jour \_\_\_\_\_  par mois \_\_\_\_\_

Pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Au tarif horaire de \_\_\_\_\_ €

Préciser si tarif horaire  National  Mandataire  Aide indépendante (charges patronales comprises)

L'aide sera dispensée par : (ne doit pas être un membre de la famille)

M \_\_\_\_\_  
 l'association d'aide à domicile \_\_\_\_\_

**MOTIF DE LA DEMANDE (1)**

**Handicap**

- moteur
- sensoriel
- psychique

**Maladie**

- état passager
- état de longue durée

**Maternité**

Date présumée de grossesse \_\_\_\_\_

**Article L. 115**

**Accident**

- causé par un tiers
  - domestique
- Date \_\_\_\_\_

Objet de la demande et observations éventuelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**AVIS EVENTUEL EMIS PAR L'ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL SUR LA SITUATION SOCIALE DU DEMANDEUR**

FAVORABLE

DEFAVORABLE

**ENVIRONNEMENT(1)**

**FAMILLE**

- à domicile
- à proximité
- éloignée
- inexistante/indifférente

**VOISINAGE**

- très disponible
- peu disponible
- indifférent

**COMMERCES**

- proches
- éloignés

**HABITATION**

- appartement
- \_\_\_\_\_ étage
- ascenseur
- maison individuelle
- eau courante
- chauffage
- collectif
- bois
- foyer-logement
- individuel
- fuel
- autre

**SERVICES ET PRESTATIONS DONT BENEFICIE LE DEMANDEUR (1)**

- Soins à domicile
- Lavage du linge
- Portage des repas ou foyer restaurant

**1- Autre organisme sollicité**

OUI  NON

Si OUI, lequel \_\_\_\_\_

Nombre d'heures accordées par mois \_\_\_\_\_ Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**2- Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)**

OUI  NON

Si OUI, date de la demande \_\_\_\_\_

Date d'attribution ou de refus de la demande \_\_\_\_\_

(1) cocher d'une  la case correspondant à la formule adaptée

## QUESTIONNAIRE AUTONOMIE

Fait seul(e) totalement, habituellement, correctement **A**

Fait partiellement **B**

Ne fait pas **C**

### VARIABLES DISCRIMINANTES

|   | ASSURE                   | CONJOINT                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>COHERENCE</b> - Converser et/ou se comporter de façon sensée.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>ORIENTATION</b> - Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>TOILETTE HAUT DU CORPS</b> - Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>TOILETTE BAS DU CORPS</b> - Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>HABILLAGE HAUT</b> - Le fait de passer les vêtements par la tête et/ou les bras.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>HABILLAGE MOYEN</b> - Le fait de boutonner un vêtement, mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture et des bretelles..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>HABILLAGE BAS</b> - Le fait de passer les vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, bas et chaussures.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>ALIMENTATION : SE SERVIR</b> - Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre.....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>ALIMENTATION : MANGER</b> - Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>ELIMINATION URINAIRE</b> - Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>ELIMINATION FECALE</b> - Assurer l'hygiène de l'élimination fécale.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>TRANSFERTS</b> - Se lever, se coucher, s'asseoir.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR</b> - Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR</b> - A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>COMMUNICATION A DISTANCE</b> - Utiliser téléphone, alarme, sonnette dans le but d'alerter.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>GIR :</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### VARIABLES ILLUSTRATIVES

|   | ASSURE                   | CONJOINT                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>GESTION</b> - Gérer ses affaires, son budget, se servir de l'argent, faire ses démarches.....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>CUISINE</b> - Préparer les repas.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>MENAGE</b> - Effectuer l'ensemble des travaux ménagers.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>TRANSPORTS</b> - Prendre et/ou commander un moyen de transport (au moins une fois par semaine.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>ACHATS</b> - Faire des acquisitions directes ou par correspondance.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>SUIVI DU TRAITEMENT</b> - Se conformer à l'ordonnance de son médecin.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>ACTIVITES DE TEMPS LIBRE</b> - Avoir des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs, de passe-temps..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**JUSTIFICATIFS** (ne tenir compte que des rubriques cochées d'une croix) ☒

➔ joindre obligatoirement :

- Sous pli confidentiel** le certificat médical donnant un diagnostic précis et détaillé : nature de la maladie, date du début, stade, traitement, conséquences pratiques handicapantes, troubles de mémoire...
- Les photocopies justificatives des ressources mensuelles ou trimestrielles des personnes vivant au foyer (dernier bulletin de pension militaire et autres pensions même non imposables)
- Les pièces justificatives des ressources des personnes vivant au foyer
- Le dernier avis d'imposition ou de non imposition
- La décision d'attribution de la prestation de compensation ou le plan d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou, le cas échéant, le récépissé de dépôt de la demande
- Le dernier talon de versement des prestations familiales
- Le dernier bulletin de salaire ou de solde
- La copie des documents de liquidation de pensions
- La photocopie de la carte de mutuelle
- Autre :

➔ joindre le devis établi par l'association d'aide qui précise si elle est signataire d'une convention avec la CNMSS, sinon joindre l'attestation d'engagement dans le cas d'aide individuelle

**ATTESTATION** ☞ Cocher la case correspondante

*Toute fausse déclaration tombe sous le coup de l'article L. 377-1 du code de la sécurité sociale sans préjudice des peines résultant de l'application du code pénal ou d'autres lois*

- J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations que j'ai fournies

Date et signature du demandeur

- J'autorise la communication de mon dossier pour instruction en vue d'obtenir une aide complémentaire éventuelle

- à l'assistant(e) de service social du ministère de la Défense<sup>(1)</sup>  
 à ma mutuelle militaire<sup>(2)</sup>

- Je n'autorise pas la communication de mon dossier pour instruction en vue d'obtenir une aide complémentaire éventuelle

- à l'assistant(e) de service social du ministère de la Défense<sup>(1)</sup>  
 à ma mutuelle militaire<sup>(2)</sup>

Date et signature du demandeur

<sup>(1)</sup> L'autorisation donnée pour le partage des informations à l'assistant de service social de la Défense implique une prise de contact (rendez-vous, visite, etc.) aux fins d'établir une évaluation de la situation sociale nécessaire à la prise de décision

<sup>(2)</sup> Les cinq mutuelles (UNEO, MNM, CNG, MAA, MSPP) adhèrent au réseau social de la Défense qui vise à simplifier et accélérer le traitement des demandes d'aide médico-sociale

 L'enveloppe contenant le dossier doit être adressée à :

**IMPORTANT :**

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit aux personnes un droit d'accès et de rectification des données nominatives les concernant.

Afficher

Caisse nationale militaire  
de sécurité sociale  
Bureau Action Sanitaire et Sociale  
83090 TOULON CEDEX 9