

**DEMANDE D'AIDE MÉNAGÈRE A
DOMICILE**

**Le dossier complet est à
retourner à l'adresse suivante :**
Enim - PSP
CS 87770 - 33 bld Cosmao-
Dumanoir - 56 327 Lorient Cedex

1^{ERE} DEMANDE

RENOUELEMENT

AUGMENTATION HEURES

<u>BÉNÉFICIAIRE</u>	<u>RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS</u>
NOM ET PRÉNOM
ADRESSE
NUMÉRO DE PENSION ENIM	_ _ _ _ _ _ _
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
DATE DE NAISSANCE	_ _ _ _ _ _ _
SITUATION DE FAMILLE	<input type="checkbox"/> MARIÉ(E). <input type="checkbox"/> VEUF(VE) <input type="checkbox"/> CELIBATAIRE <input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISER)
MODE DE LOGEMENT	<input type="checkbox"/> PROP. <input type="checkbox"/> LOC. <input type="checkbox"/> LOG-FOYER <input type="checkbox"/> AUTRE CAS (PRÉCISER)
NOM DE L'ORGANISME	

<u>RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER</u>			
	Indiquer le nom de l'organisme qui verse la ou les pensions	*(P) ou (R)	Montant mensuel (€)
Bénéficiaire			
Conjoint			
Autre membre du foyer			
		TOTAL	

(*) P = personnelle
R = reversion

L'un des membres du foyer bénéficie-t-il de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ?
 OUI préciser lequel et la date de notification..... NON

L'un des membres du foyer bénéficie-t-il de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ?
 OUI préciser lequel et la date de notification..... NON

Une demande d'APA a-t-elle été formulée auprès du Conseil général du département de résidence ?
 OUI pour qui ?.....préciser la date de la demande NON

<p style="text-align: center;">OBSERVATIONS/COMMENTAIRES DE L'ORGANISME</p> <p>(précisant le nombre d'heures demandées et la durée)</p> <p style="text-align: center;">Le représentant de l'organisme d'aide ménagère (cachet et signature)</p> <p>A....., Le.....</p>	<p style="text-align: center;">DÉCISION De l'Enim</p> <p>Date de prise en charge : du au</p> <p>Pourcentage de participation du bénéficiaire : Nombre d'heures accordées par mois :</p> <p style="text-align: center;">Le représentant de l'ENIM</p> <p>A....., Le.....</p>
---	--

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

Je m'engage :

- à signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et tout changement de domicile
- à faire connaître toute modification de ma situation au regard de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la Prestation de compensation du handicap (PCH) et de la Majoration tierce personne (MTP)
- à régler à l'Enim les sommes éventuellement versées à tort
- à faciliter toute enquête

J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à un autre organisme conventionné avec l'Enim pour permettre l'instruction de ma demande.

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-9 à L.114-21 du code de la sécurité sociale.

J'autorise le versement direct à l'organisme d'aide ménagère à domicile conventionnée du montant de la participation qui m'est allouée par l'Enim pour les prestations servies au titre de l'aide ménagère.

NOM et PRENOM :

NUMERO DE PENSION :

Fait à

Le :

Signature du demandeur précédée de la mention « Lu et approuvé »

La loi 78-17 du 17 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données y figurant.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L.114-23 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues ou non, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L.114-17 du Code de la sécurité sociale.