



1<sup>re</sup> demande  Renouvellement  Augmentation d'heures

 n°13344\*11

**IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ**

N I R (numéro de sécurité sociale) 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

NOM (en majuscules) \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Adresse électronique : \_\_\_\_\_

MUTUELLE\* \_\_\_\_\_ N° ADHERENT \_\_\_\_\_

\*Si mutuelle UNEO, préciser votre mutuelle sociale :  SOLIDARM  CNG

N° CAF : \_\_\_\_\_

**ACTIF**

militaire,  
 grade \_\_\_\_\_

civil

**RETRAITÉ**

militaire  
 Armée d'appartenance \_\_\_\_\_

civil

**AUTRES**

veuf(ve)  
 ayant-cause  
 autre

**BÉNÉFICIAIRE DE L'AIDE**

NOM (en majuscules) \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Assuré  Conjoint  Enfant  Concubin  PACSE  Autre (préciser le lien de parenté) : \_\_\_\_\_

**AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER**

| <i>NOM - Prénoms</i> | <i>Date de naissance</i> | <i>Lien de parenté</i> | <i>Profession</i> |
|----------------------|--------------------------|------------------------|-------------------|
|                      |                          |                        |                   |
|                      |                          |                        |                   |
|                      |                          |                        |                   |

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

Nombre total d'heures demandées \_\_\_\_\_ heures par mois

Pendant \_\_\_\_\_ mois ; à compter du 1<sup>er</sup> \_\_\_\_\_ au tarif horaire de \_\_\_\_\_ €

En cas d'urgence, préciser le jour de début de l'aide souhaitée : \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ année

Préciser si tarif horaire  prestataire  mandataire  aide indépendante (charges patronales comprises)

L'aide est dispensée par :

Association d'aide à domicile  Aide indépendante payée par CESU (chèque emploi service universel)

Adresse \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

**SUBROGATION:** J'autorise le versement direct, à l'association d'aide à domicile agréée ou conventionnée, du montant de la participation allouée par la CNMSS.

Date : \_\_\_\_\_

Signature

**MOTIF DE LA DEMANDE** <sup>(1)</sup>

Handicap

- moteur
- sensoriel
- psychique

Maladie

- état passager
- état de longue durée

Maternité

Date présumée d'accouchement \_\_\_\_\_

Article L. 212-1 (ex L. 115)

Accident

- causé par un tiers
- domestique

Précisions éventuelles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ENVIRONNEMENT** <sup>(1)</sup>

HABITATION

appartement

\_\_\_\_\_ étage

ascenseur

maison individuelle

plain-pied

foyer logement

**SERVICES et PRESTATIONS** dont bénéficie le demandeur autres que ceux servis par la CNMSS <sup>(1)</sup>

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 décision d'attribution \_\_\_\_\_

Date décision de refus \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> cocher d'une  la case correspondant à la formule adaptée

# GRILLE AUTONOMIE GÉRONTOLOGIE GROUPES ISO-RESSOURCES (GIR)

Fait seul(e) totalement, habituellement, correctement A

Fait partiellement B

Ne fait pas C

## VARIABLES DISCRIMINANTES

|  | ASSURÉ  | CONJOINT  |
|--|---|---|
| <b>COHÉRENCE</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>ÉLIMINATION URINAIRE</b> – Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire.....   | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>                                    |
| <b>ÉLIMINATION FÉCALE</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>DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR</b> – Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant   | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>                                    |
| <b>DÉPLACEMENTS À L'EXTÉRIEUR</b> – A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport.....  | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>                                    |
| <b>COMMUNICATION À DISTANCE</b> – Utiliser téléphone, alarme, sonnette dans le but d'alerter .....   | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>                                    |
| <b>GIR :</b>   | <input style="width: 40px; height: 30px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 40px; height: 30px;" type="checkbox"/> |

## VARIABLES ILLUSTRATIVES

|   | ASSURÉ                   | 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>MÉNAGE</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>ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE</b> – Avoir des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs, de passe-temps..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## INFORMATION

Si vous souhaitez obtenir une aide complémentaire éventuelle, la communication de votre dossier à la mutuelle<sup>(1)</sup> et à l'assistant(e) de service social des Armées<sup>(2)</sup> doit être précisée :

J'autorise le partage de mon dossier avec  ma mutuelle  
 l'assistant(e) de service social du ministère des Armées

<sup>(1)</sup> Les mutuelles (UNEO, SOLIDARM, CNG, MSPP, Harmonie Fonction Publique, FORTEGO) adhèrent au réseau social des armées qui vise à simplifier et accélérer le traitement des demandes d'aide médico-sociale

<sup>(2)</sup> L'autorisation donnée pour le partage des informations à l'assistant(e) de service social des armées 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

⇒ Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel (RGPD) vous disposez de droits au regard de l'utilisation de vos données personnelles.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et sur vos droits vous pouvez consulter la rubrique « Protection données personnelles » sur [www.cnmss.fr](http://www.cnmss.fr).

Pour toute question sur le traitement de vos données par la CNMSS ainsi que pour exercer vos droits vous êtes invité à adresser votre demande par courriel à : [protection-donnees-personnelles@cnmss.fr](mailto:protection-donnees-personnelles@cnmss.fr) ou courrier postal à : CNMSS - Délégué à la protection des données personnelles 247 av J Cartier - 83090 Toulon cedex 9 ».

Si après avoir saisi le Délégué à la protection des données vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission nationale informatique et libertés. ».

La finalité du traitement en lien avec les informations de ce formulaire est de :

- Gérer les demandes de prestations supplémentaires (aides à domicile), payer les factures correspondantes et suivre les dossiers des bénéficiaires des prestations supplémentaires de l'assurance maladie dans le cadre du dossier unique ;
- Coordonner la gestion des demandes de prestations supplémentaires de l'assurance maladie avec les partenaires de la CNMSS

⇒ La sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par les organismes de sécurité sociale peuvent être vérifiées dans le cadre de l'exercice du droit de communication réglementé par les articles L114-19 et suivants du code de la sécurité sociale.

⇒ Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (articles 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code pénal)

## ATTESTATION

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations que j'ai fournies<sup>(1)</sup>.

Date et signature du demandeur

<sup>(1)</sup> La CNMSS se réserve le droit de contrôler les prestations servies. A ce titre une enquête peut être réalisée. L'assuré(e) doit y répondre obligatoirement sous peine d'interruption dans le paiement de la prestation.

## JUSTIFICATIFS (\*) :

- 1- Un certificat médical détaillé précisant le diagnostic de l'affection motivant la demande et ses conséquences pratiques handicapantes, sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil ou par fax au **04 94 16 37 65** ou dans le cadre d'un envoi dématérialisé en vous connectant par le lien <https://www.cnmss.fr/vos-demarches/contactez-la-cnmss/je-contacte-la-cnmss> puis « sélectionner le profil Assuré puis choisir dans le menu déroulant « Contrôle médical » puis dans le sous-objet « Autres demandes » ».
  - 2- Le bulletin de séjour hospitalier ou l'attestation précisant les dates d'entrée et de sortie le cas échéant.
  - 3- La décision d'attribution de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou le plan d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou, le cas échéant, le récépissé de dépôt de la demande.
  - 4- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition dans son intégralité. La copie de votre déclaration d'impôt n'est pas recevable.
  - 5- Les photocopies justificatives des ressources des personnes vivant au foyer : dernier bulletin de salaire ou de solde, pension, prestations familiales.
  - 6- La photocopie de la carte de mutuelle de l'année en cours (recto-verso)
  - 7- Le devis établi par l'association d'aide qui précise si elle est signataire d'une convention avec la CNAV et le tarif horaire, sinon joindre l'attestation d'engagement dans le cas d'un recrutement direct.
  - 8- Autre : .....
- (\*) Les documents ne doivent pas être agrafés, les copies sont au format A4 ou A5 en recto uniquement

L'enveloppe contenant le dossier doit être affranchie et adressée à :  
Caisse nationale militaire de sécurité sociale  
*DGR/SASS/Bureau Action Sanitaire et Sociale*  
247, avenue Jacques Cartier 83090 TOULON CEDEX 9

**Pour simplifier vos démarches, vous avez également la possibilité de faire votre demande via un téléservice sécurisé accessible sur [www.cnmss.fr](http://www.cnmss.fr)**