



# Fonds d'action sociale CNRACL

CAISSE NATIONALE DE RETRAITES  
DES AGENTS DES COLLECTIVITÉS LOCALES  
ETABLISSEMENT DE BORDEAUX

Référence : PPRS/Aide ménagère  
Tél. : 05 56 11 36 68 Fax : 05 56 11 36 63

## PRESTATAIRE DE SERVICES

N° siret : .....

Association ou Centre communal d'action sociale de : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Courriel : .....

# DEMANDE D'AIDE MENAGERE A DOMICILE

Première demande  
à compter du : .....

Renouvellement  
à compter du : .....

## Demander

Numéro de pension (à rappeler dans toute correspondance) : CN | | | | | | | | | |

Numéro de sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom de naissance et prénom : .....

Nom marital : .....

Date de naissance : .....

Adresse complète : .....

Célibataire    Marié(e)    Concubin(e) / Pacsé(e)    Divorcé(e) / Séparé(e)    Veuf(ve)

## Conditions d'attribution

- **Ne pas percevoir** la majoration pour tierce personne (MTP), l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).
- **Etre titulaire de la pension CNRACL à titre principal**  
La CNRACL est la pension principale si :
  - le retraité ne perçoit que la CNRACL,
  - le retraité perçoit une pension personnelle de la CNRACL et une ou des pensions de réversion d'une autre caisse de retraite,
  - le retraité perçoit uniquement des pensions personnelles, la CNRACL doit rémunérer le plus grand nombre de trimestres,
  - le retraité perçoit uniquement des pensions de réversion, la CNRACL doit rémunérer le plus grand nombre de trimestres.
- **Etre âgé de 65 ans au moins, sauf si le retraité est**
  - atteint d'une incapacité grave (taux d'invalidité au moins égal à 60%),
  - dans une situation d'urgence (sortie d'hôpital, maladie grave au sens de l'article 322-1 du code de la sécurité sociale).
- **Avoir des revenus qui ne permettent pas de bénéficier de l'aide sociale.** Sont retenus par l'aide sociale toutes les ressources du foyer (imposables et non imposables)

## Pièces à fournir obligatoirement pour constituer le dossier

- justificatif précisant la nature du droit (personnel ou de réversion) et le nombre de trimestres pris en compte par chaque retraite de base perçue,
- photocopie de toutes les pages de votre dernier avis d'impôt sur le revenu,
- photocopie des justificatifs de ressources perçues au jour de la demande en cas de changement de situation y compris les pensions de réversion,
- photocopie du justificatif du taux d'invalidité et photocopie de l'attestation de la carte vitale pour tout demandeur âgé de moins de 65 ans,
- la grille AGGIR ci-jointe.

### Attention !

**L'envoi d'un dossier complet permet à la CNRACL  
de vous répondre dans les meilleurs délais**

## Pour nous contacter :

Caisse des Dépôts  
Fonds d'action sociale  
CNRACL  
rue du vergne  
33059 Bordeaux cedex  
Téléphone : 05 56 11 36 68 - Fax : 05 56 11 36 63  
courriel : fas.cnrACL.aidemenagere@caissedesdepots.fr

**Si votre dernier avis d'impôt ne correspond pas à votre situation actuelle,**

**indiquez la date de votre nouvelle situation :**

Cochez la nature du changement intervenu :

**PROFESSIONNEL**

- Départ à la retraite ou perception d'une autre pension
- Maladie
- Chômage
- Cessation ou reprise d'activité

**FAMILIAL**

- Mariage, concubinage ou pacs
- Naissance ou adoption
- Divorce
- Décès
- Hébergement en établissement de retraite d'un des deux conjoints

**Ressources mensuelles imposables au jour de la demande**

Ne pas reporter les centimes.

	Retraité(e)	Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)
CNRACL	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Régime général (CNAVTS, CRAM, CRAVTS)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Régime agricole (MSA salariés)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Régime de non-salariés (ORGANIC, CANCAVA, exploitants agricoles)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Régimes spéciaux (EDF, SNCF...)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Retraites complémentaires et rentes imposables	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Salaires imposables y compris les indemnités journalières de la sécurité sociale	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Allocations chômage, ASSEDIC	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Revenus des professions non salariées	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Pensions alimentaires reçues	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Autres revenus : (revenus de capitaux mobiliers, fonciers... )	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Charges déductibles :		
• pensions alimentaires versées	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
• frais d'hébergement en maison de retraite	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

## Renseignements sur le demandeur

Est-il bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ?    oui     non

Est-il bénéficiaire de l'allocation compensatrice (ACTP) ?    oui     non

Est-il bénéficiaire de la majoration pour tierce personne (MTP) ?    oui     non

A-t-il déjà déposé une demande d'aide ménagère à domicile :

- auprès de l'aide sociale ?    oui     non

- auprès d'un autre organisme ?    oui     non

Si le demandeur a obtenu une aide, précisez :

- le nombre d'heures par mois qui a été accordé : .....

- pour la période du ..... au .....

## A remplir par le demandeur

Je soussigné : .....

autorise l'organisme prestataire de service : .....

(dénomination complète)

à percevoir pour mon compte le montant de l'aide accordée par la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.

A .....

Date .....

Je m'engage :

- à vous signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et tout changement de domicile.
- à vous faire connaître, ainsi qu'au service d'aide ménagère à domicile, toute modification de ma situation au regard de l'APA, de l'ACTP et de la MTP.
- à faciliter toute enquête.

Signature obligatoire

**Je certifie sur l'honneur** l'authenticité des pièces et des renseignements fournis.

## A remplir par le prestataire de service

A .....

Date .....

Je soussigné(e), certifie avoir vérifié à l'aide des pièces justificatives valables que le demandeur m'a présentées la conformité des renseignements fournis.

Cachet du prestataire de service

Signature du représentant du prestataire de service



La production ou l'usage de document falsifié fait encourir des sanctions pénales (articles L 433-19 et L 441-7 du nouveau code pénal).  
Les avantages obtenus par fraude devront être reversés intégralement.

La loi sur l'informatique, les fichiers et les libertés vous donne un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant. Ce droit s'exerce auprès du service du fonds d'action sociale de la CNRACL



RETRAITES

CAISSE NATIONALE DE RETRAITES  
DES AGENTS DES COLLECTIVITÉS LOCALES  
ETABLISSEMENT DE BORDEAUX

Référence : PPRS/Aide ménagère  
Tél. : 05 56 11 36 68 Fax : 05 56 11 36 63

# Fonds d'action sociale CNRACL

numéro de pension :

Nom de naissance (en majuscules) .....

Prénoms (soulignez le prénom usuel) .....

Nom marital (s'il y a lieu) .....

Age ..... N° de sécurité sociale

## EVALUATION DES BESOINS D'AIDE A DOMICILE

(à joindre **obligatoirement** à la demande d'aide ménagère)

### Evaluation des besoins

Date d'évaluation : ..... Visite à domicile  oui  non

Evaluation réalisée par :

le service d'aide à domicile

le service social

l'équipe médico-sociale

la coordination gérontologique

Nom de l'évaluateur : .....

Fonction : .....

N° de téléphone : .....

### Durée de l'aide ménagère demandée

Nombre d'heures par mois : ..... pour la période du ..... au .....

Motif de la demande (état de santé, etc ...)  GIR 5  GIR 6 (cochez la case correspondante)

.....  
.....  
.....

# A COMPLETER SANS SURCHARGE, NI RATURE

## AUTONOMIE

**VARIABLES DISCRIMINANTES** (A = fait seul(e) totalement, habituellement, correctement, B = fait partiellement, C = ne fait pas)

<b>Cohérence</b> Converser et/ou se comporter de façon sensée .....	
<b>Orientation</b> Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux .....	
<b>Toilette du haut du corps</b> Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains .....	
<b>Toilette du bas du corps</b> Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds .....	
<b>Habillage haut</b> Le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras .....	
<b>Habillage moyen</b> Le fait de se boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture et des bretelles .....	
<b>Habillage bas</b> Le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures .....	
<b>Alimentation : se servir</b> Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre .....	
<b>Alimentation : manger</b> Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler .....	
<b>Elimination urinaire</b> Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire .....	
<b>Elimination fécale</b> Assurer l'hygiène de l'élimination fécale .....	
<b>Transferts</b> Se lever, se coucher, s'asseoir .....	
<b>Déplacements à l'intérieur</b> Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant .....	
<b>Déplacements à l'extérieur</b> À partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport .....	
<b>Communication à distance</b> Utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette,... dans le but d'alerter .....	

**GIR :**

**VARIABLES ILLUSTRATIVES** (A = fait seul(e) totalement, habituellement, correctement, B = fait partiellement, C = ne fait pas)

<b>Gestion</b> Gérer ses affaires, son budget, se servir de l'argent, faire des démarches .....	
<b>Cuisine</b> Préparer les repas .....	
<b>Ménage</b> Effectuer l'ensemble des travaux ménagers .....	
<b>Transports</b> Prendre et/ou commander un moyen de transport (au moins une fois par semaine) .....	
<b>Achats</b> Faire des acquisitions directes ou par correspondance .....	
<b>Suivi du traitement</b> Se conformer à l'ordonnance de son médecin .....	
<b>Activités de temps libre</b> Avoir des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs, de passe temps .....	

