



DEMANDE D'AIDE À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES (AADPA)

OBJECTIFS : • favoriser ou restaurer l'autonomie des personnes âgées et permettre leur maintien à domicile dans des conditions de santé et de sécurité favorables • rompre l'isolement social des personnes âgées.

1 - Objet de la demande

<input type="checkbox"/> Aide à domicile	<input type="checkbox"/> Portage de repas	<input type="checkbox"/> Téléassistance
● Nom du service d'aide à domicile	● Nom du service de portage de repas	● Nom du service de téléassistance
● Adresse	● Adresse	● Adresse
● Code Postal / Commune	● Code Postal / Commune	● Code Postal / Commune
Merci de joindre un RIB pour toute première demande	Merci de joindre un RIB pour toute première demande	Merci de joindre un RIB pour toute première demande
● Nombre d'heures demandées	● Nombre de portages demandés	
<input type="checkbox"/> Aide à l'adaptation du logement		

2 - Demandeur

● F ● H ● N° d'immatriculation :

● Nom patronymique (en majuscule) : _____ ● Nom de naissance : _____

● Prénoms : _____

● Né(e) le : ● Statut : Salarié(e) / Non salarié(e)

● Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e) Pacsé(e) En concubinage

● Adresse : _____

● Code Postal : ● Commune : _____

● Téléphone : ● Portable :

● Adresse mail : _____

Votre situation par rapport à votre logement

Propriétaire Locataire Usufruit Autre : _____

Accession à la propriété (prêt en cours)

3 - Conjoint(e)

Madame Monsieur

- Nom patronymique : _____ • Nom de naissance : _____
- Prénoms : _____
- Né(e) le : • N° Sécurité Sociale :
- Votre conjoint(e) est-il (elle) hébergé(e) en structure ? OUI NON
- Quel est son régime de retraite principal ? _____

4 - Autres personnes vivant à domicile

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Téléphone
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

5 - La demande est-elle liée à une modification récente de situation ?

OUI NON / Si OUI, laquelle : _____

6 - Suivi de votre dossier

Personne à contacter pour le suivi de votre dossier

- Nom : _____ • Prénom : _____
- Nature du lien : _____
- Téléphone : • Portable :

7 - Votre situation au regard des aides légales

Percevez-vous l'une de ces aides ?

- L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) _____ OUI NON
- L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) _____ OUI NON
- La prestation de compensation du handicap (PCH) _____ OUI NON
- La majoration pour tierce personne (MTP) _____ OUI NON

> **Si OUI**, indiquez la date depuis laquelle vous percevez cette aide :

> **Si NON**, précisez si pour ces aides : Vous avez déposé une demande, à quelle date

Vous n'avez pas déposé de demande Votre demande a été rejetée Vous en avez refusé l'attribution

- Bénéficiez-vous d'autres aides pour votre maintien à domicile ? Si OUI, lesquelles : _____

- Si vous avez déposé une demande pour des travaux, avez-vous bénéficié d'aides autres que celles de la MSA ?
Si OUI, lesquelles ? _____

Vous venez de remplir votre demande d'évaluation d'accompagnement à domicile. Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre une copie des documents ci-dessous :

- Dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Attestation bancaire des capitaux mobiliers
- Devis des travaux en cas d'amélioration de l'habitat ou facture
- Dernière facture des frais d'hébergement si le conjoint est placé en établissement
- Si un tiers est hébergé au domicile du demandeur, dernier avis d'imposition de celui-ci
- Justificatifs des autres aides éventuelles

Si vous bénéficiez d'un régime de protection juridique, vous devez aussi fournir :

Jugement de curatelle, de tutelle ou de sauvegarde de justice

À compléter obligatoirement pour toute demande

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

● Je m'engage à :

- signaler toute modification de ma situation et celle de mon conjoint
- faire connaître toutes les modifications de ma situation au regard de l'APA, de l'ACTP, de la PCH et de la MTP
- régler à la MSA les sommes éventuellement versées à tort
- faciliter toute l'enquête

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

● **Fait à :** _____ **le :**

Votre signature :

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article 377-1 du code de la sécurité sociale, articles 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.