

# SERVICE D'AIDE À DOMICILE

## Demande de prise en charge

### DEMANDE DE LA PRESTATION

- Demande initiale
  Demande de renouvellement
  Modification de prise en charge

### BÉNÉFICIAIRE DE LA PRESTATION

NOM - Prénom   
 Adresse   
 N° téléphone  N° dossier survenance   
 N° d'adhérent MGEN  Date de naissance   
 Correspondant mutualiste éventuellement proposé

### SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DE LA PRESTATION

Veillez renseigner les informations suivantes de la manière la plus précise possible afin de pouvoir vous orienter vers le service d'aide à domicile le mieux approprié à votre situation (service d'aide à domicile assurance ou service d'aide à domicile relevant de l'action sociale MGEN)

- Retraité**  
 (fournir la notification de refus d'APA précisant le niveau de GIR délivrée par le Conseil Général ou la grille AGIRR établie par l'organisme prestataire)
- GIR 5  
 GIR 6

- Actif en arrêt de travail** <sup>(1)</sup>  
 Si vous ne pouvez fournir dans l'immédiat l'arrêt de travail ou l'arrêté de congé demandé, veuillez remplir de la manière la plus précise possible le tableau ci-dessous. La mutuelle se réserve le droit de demander ultérieurement toute pièce nécessaire à l'étude du dossier

Nature du congé (maladie, longue durée...)	Période du	au
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> du	<input type="checkbox"/> au
<input type="checkbox"/> Longue durée	<input type="checkbox"/> du	<input type="checkbox"/> au

- Maternité**
- Grossesse avec complications ou difficultés de santé <sup>(2)</sup>  
 Naissances multiples : difficultés de santé rencontrées lors du congé de maternité <sup>(3)</sup>

- Situations particulières**  
 (exemple : sorties d'hospitalisation, fonctionnaires retraités avant 60 ans...)
- Précisez la situation particulière à laquelle vous êtes confronté(e) <sup>(3)</sup>
- 

(1) Fournir un arrêt de travail ou un arrêté de congé  
 (2) Fournir soit un arrêt de travail soit un arrêt pour congé pathologique pré-natal  
 (3) Fournir tout justificatif ou pièce faisant état de votre situation et des difficultés de santé rencontrées

### AIDES EXTÉRIEURES PERÇUES PAR LE BÉNÉFICIAIRE

- Allocation personnalisée d'autonomie (APA)
  Prestation de compensation du handicap - pour l'attribution d'une aide humaine (PCH - volet aides humaines)
- Allocation compensatrice tierce personne (ACTP)
  Majoration pour tierce personne (MTP)

### COMPOSITION ET RESSOURCES DU GROUPE FAMILIAL DU BÉNÉFICIAIRE

La communication de vos ressources est nécessaire si votre besoin d'aide à domicile relève de l'action sociale. Elle peut également vous permettre de bénéficier le cas échéant d'une participation horaire complémentaire.

#### Composition du groupe familial

Indiquer ci-dessous les personnes composant à ce jour votre groupe familial, qu'elles disposent ou non des ressources (conjoint, concubin ou pacé - enfant(s) du foyer ou ascendant à charge)

Nom et prénom	Lien de parenté	Activité (salarié, étudiant...)	Ressources	
			Oui	Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Ressources du groupe familial

Je souhaite communiquer les ressources de l'ensemble des membres composant à ce jour mon groupe familial :  Oui •  Non

Si Oui, n'omettez pas de joindre les avis d'imposition ou de non imposition des personnes correspondantes.

## NATURE DU BESOIN D'AIDE À DOMICILE (à remplir par le demandeur ou par l'organisme prestataire conventionné)

- Petit ménage       Préparation de repas  
 Gros ménage       Courses  
 Repassage       Action éducatives enfants

**Nombre de personnes vivant au foyer**   
 dont enfant de moins de 14 ans   
**Nombre de pièces du logement**

## SOINS ET AIDES DÉJÀ EXISTANTS (à remplir par le demandeur ou par l'organisme prestataire conventionné)

	Le bénéficiaire a-t-il recours	Le conjoint a-t-il recours
• A des soins infirmiers à domicile (soins de toilette, de nursing, soins de prévention d'escarres, ...)	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
• Au portage de repas	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
• A l'intervention d'une garde à domicile Précisez le nombre d'heures par jour <input type="text"/> Précisez le nombre de jour par mois <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• A l'utilisation d'aides techniques		
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
Cannes	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
Déambulateur	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
Lit médicalisé	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
Lève malade	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
Matériel à usage unique pour incontinence (urinaire et fécale)	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
Autres (précisez) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui

## APTITUDES PHYSIQUES (à remplir par le demandeur ou par l'organisme prestataire conventionné)

	Le bénéficiaire doit-il être aidé pour effectuer les actes suivants	Le conjoint doit-il être aidé pour effectuer les actes suivants
• Se lever ou/et se coucher	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
• S'habiller ou/et se déshabiller	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
• Faire sa toilette	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
• Se rendre aux toilettes	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
• Se déplacer dans le domicile	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
• Se déplacer hors du domicile	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
• Préparer les repas	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
• Manger seul	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
• Effectuer le petit ménage	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
• Effectuer le gros ménage	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
• Faire les courses	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui
<b>Ou doit-il être seulement stimulé pour effectuer ces actes</b>	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non • <input type="checkbox"/> oui

## ENTOURAGE (à remplir par le demandeur ou par l'organisme prestataire conventionné)

### Le bénéficiaire :

- Vit avec une personne dépendante  non •  oui  
 Vit avec une personne autonome  non •  oui  
 Est sans contact avec sa famille  non •  oui  
 Est sans voisinage (ou voisinage indifférent)  non •  oui  
 Vit à proximité de commerces accessibles  non •  oui

## HABITAT (à remplir par le demandeur ou par l'organisme prestataire conventionné)

### Le bénéficiaire vit :

- Dans un appartement accessible par ascenseur  non •  oui  
 Dans une maison individuelle  non •  oui  
 Dans un foyer logement  non •  oui  
 En milieu rural  non •  oui  
 Dans un logement adapté à sa situation  non •  oui  
 Des adaptations du logement sont envisagées  non •  oui

Je certifie l'exactitude de la présente déclaration. Je reconnais avoir pris connaissance du fait que le montant des aides cumulées ne doit pas être supérieur au montant de la facture émise par l'intervenant au titre de la prestation d'aide à domicile. Je m'engage à communiquer le montant de l'intervention de la MGEN à tout organisme susceptible de compléter l'aide financière relative au règlement de cette prestation d'aide à domicile, à travers une aide sociale de quelque nature qu'elle soit.

Fait à

le

Signature du demandeur

(Préciser sa qualité : père, mère, conjoint, tuteur, bénéficiaire, ...)

**PRESTATION** (à remplir par l'organisme prestataire conventionné ou par la section)

**Nature de l'intervention**

- Aide ménagère     Travailleuse familiale

**Type de prestataire**

- Organisme prestataire conventionné MGEN

Nom ou raison sociale du prestataire :

N° de SIREN ou de SIRET :

- Association mandataire     Emploi direct

*En cas de recours à une association mandataire ou à un emploi direct, la participation de la MGEN sera versée sous forme de CESU.*

**Nombre d'heures souhaité par mois**

*S'il s'agit d'une demande de modification de prise en charge, veuillez préciser le nouveau nombre d'heures souhaité par mois*

**Période :** du   au

**Lieu d'exécution de la prestation**

- Adresse habituelle  
 Autre adresse (à préciser ci-dessous)

N° de voie - Type de voie - Nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal

Ville

**Pour l'organisme prestataire**

Fait à

le

Signature

Cachet

**DÉCISION DE LA SECTION**

Date de réception du dossier

**Proposition expert 1**

- Proposition de prise en charge

• Nombre d'heures par mois

• Durée du   au

- SAD Assurance  
 SAD Solidarité  
 Complément SAD action sociale

RBG

DIV

- Demande d'informations

Précisez :

- Refus

Fait le

Signature

**Validation expert 2**

- Accord sur la proposition

Fait le

Signature

**DÉCISION DE LA COMMISSION DES PRESTATIONS SPÉCIFIQUES** (Accord requis pour l'attribution de l'action sociale)

Date de la commission    Accord     Refus

Fait le

Signature du demandeur

(Préciser la qualité et le nom du signataire)