

Action sociale : demande d'aide au maintien à domicile

Aide à domicile

Prestation temporaire de maintien à domicile

1ère demande

Renouvellement

Modification

Aggravation

Invalide

Retraité

Actif

Merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents

Vous même :

N° de sécurité sociale : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

N° de retraite : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'épouse (s'il y a lieu) :

Prénoms (souligner le prénom courant) :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : |_| |_| |_| |_| |_| Commune :

Téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Domicile : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Portable : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Email * :@.....

*La sécurité sociale pour les indépendants Bretagne pourra l'utiliser pour vous contacter.

Votre situation familiale :

Vous êtes : Célibataire Veuf (veuve) Séparé (e) Divorcé(e)

Si vous vivez en couple, vous êtes : Marié(e) Pacsé(e) En concubinage

Vous vivez : Seul(e) De manière indépendante

Hébergé par un membre de votre famille En hébergement collectif

Votre conjoint(e) ou concubin(e) ou partenaire dans le cadre d'un PACS :

Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'épouse (s'il y a lieu) :

Prénoms (souligner le prénom courant) :

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

Date de naissance :

Est-il retraité du Régime général ? Non Oui Si oui, numéro de retraite |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Est-il hébergé en établissement ? Non Oui Si oui, nom de l'établissement

Action sociale : demande d'aide au maintien à domicile

Autres personnes vivant au foyer :

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Observations (Préciser si la personne est autonome ou en perte d'autonomie)

Coordonnées des enfants ne vivant pas au foyer :

Nom	Prénom	Adresse	Numéro de téléphone

Votre demande d'aide :

	Aide à domicile	Garde à domicile
Nombre d'heures demandées (par mois)
Pour la période :	duau.....	duau.....

Bénéficiez-vous :

- D'une aide à domicile Oui Non
- Période du au
- D'une garde à domicile Oui Non
- Période du au
- D'une amélioration à l'habitat Oui Non
- Objet :
- Date :
- D'un service de portage de repas Oui Non
- D'un système de téléassistance Oui Non

Votre conjoint bénéficie-t-il :

- D'une aide à domicile Oui Non
- Période du au
- D'une garde à domicile Oui Non
- Période du au
- D'une amélioration à l'habitat Oui Non
- Objet :
- Date :
- D'un service de portage de repas Oui Non
- D'un système de téléassistance Oui Non
- Régime de retraite financeur :
- APA : Oui Non
- GIR :

Action sociale : demande d'aide au maintien à domicile

Motivation de votre demande :

.....

.....

.....

.....

Votre situation au regard des aides légales :

Percevez-vous l'une des ces aides ?

- | | Demandeur | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| • Allocation personnalisée d'autonomie (APA) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Prestation spécifique dépendance (PSD) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Prestation compensatrice du handicap (PCH) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Majoration pour tierce personne (MTP) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Conjoint ou autre personne vivant au foyer

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Si **oui**, indiquez la date depuis laquelle vous percevez cette aide : |_|_| / |_|_| / |_|_|

|_|_| / |_|_| / |_|_|

Si **non**, précisez si pour ces aides :

Demandeur

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

Conjoint ou autre personne vivant au foyer

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

Votre carrière :

Y compris celle de votre conjoint et de toute autre personne vivant au foyer

Pension	Nombre de trimestres validés	Nature du droit DP ou DD*	Montant mensuel perçu par		
			Demandeur	Conjoint	Autres personnes vivant au foyer
Sécurité sociale indépendants					
Régime général					
MSA					
Autres régimes					
Régime étranger					
Régimes complémentaires					

*Droit propre (DP) ou droit dérivé (DD)

Action sociale : demande d'aide au maintien à domicile

Coordonnées du service à domicile

Désignation structure :
Adresse structure :
Numéro de téléphone : | | | | / | | | | / | | | | / | | | | / | | | |
Email :@.....

Pièces justificatives à joindre obligatoirement :

→ **Photocopie de votre dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu, ainsi que celui de votre conjoint, concubin ou partenaire PACS**

Important

Vos droits seront calculés en fonction des ressources figurant dans votre avis d'imposition. Si votre situation a évolué depuis la date de ce document (séparation, veuvage, modification importante des revenus...) complétez la déclaration de revenus ci-dessous. A défaut, ce sont les ressources de l'avis d'imposition qui seront prises en compte.

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

→ La copie du jugement de curatelle, de tutelle ou de sauvegarde de justice.

Déclaration de revenus

Complétez le tableau ci-dessous en indiquant le dernier montant mensuel perçu (attention aux revenus trimestriels, les chiffres à reporter doivent être mensuels)

Nature des ressources	Montant mensuel perçu par vous-même	Montant mensuel perçu par votre conjoint
Pensions, retraites, rentes...		
Pensions alimentaires		
Traitements, salaires ou revenus d'activité		
Allocations de préretraite ou de chômage		
Rentes viagères à titre onéreux		
Revenus des valeurs et capitaux mobiliers		
Revenus fonciers		
Autres revenus :		

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

Je m'engage :

- A signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et tout changement de domicile,
- A faire connaître toute modification de ma situation au regard de la PSD, de l'APA, de l'ACTP, de la PCH et de la MTP,
- A régler à la caisse les sommes éventuellement versées à tort,
- A faciliter toute enquête.

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

Fait à :

Le : | | | | / | | | | / | | | |

Votre signature

ou celle du représentant

légal (indiquer la qualité) :

« La Loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de déclarations inexactes ou incomplètes (art.L.114-13 du code de la sécurité sociale, arts. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal, art. L725-13 du code rural) »

« La Loi 78/17 du 6 janvier 1978 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 vous concernant auprès de notre organisme. »

« Conformément aux dispositions des articles L114-19 et L114-20 du code de la sécurité sociale l'agence de sécurité sociale pour les indépendants Bretagne est autorisée à exercer son droit de communication afin de vérifier l'ensemble des pièces produites ou pour obtenir les informations nécessaire au contrôle de la situation déclarée. »