

## DEMANDE D'AIDE MÉNAGÈRE À DOMICILE

à compléter par l'Association (si l'état de santé ne relève pas de l'A.P.A.)

### 1 - Demandeur

Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Tél. .... Adresse Mail (facultatif) .....  
 Situation professionnelle :  
 Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)  Vie maritale  Pacsé(e)   
 N° de Sécurité Sociale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 2 - Conjoint

Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....  
 Date de Mariage : .....  
 Le conjoint est-il : En activité  Retraité   
 N° de Sécurité Sociale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom et adresse de la personne à contacter éventuellement :  
 Nom ..... Prénom : .....  
 Lien de parenté : .....  
 Tél : ..... Adresse mail (facultatif) : .....

### 3 - Autres personnes vivant au foyer - à compléter obligatoirement

Nom et prénom	Date de naissance	Parenté	Emploi occupé	Observations

### 4 - Enfant ne vivant pas au foyer - à compléter obligatoirement

Nom et prénom	Date de naissance	Parenté	Emploi occupé	Observations

## 5 - Ressources Régulières

A - Avantage principal	Nombre de trimestres validés	M - T - A (1)	Montant perçu par :			Colonne réservée à la MSA
			Demandeur	Conjoint	Autres personnes résidant au foyer	
CARSAT (sécurité sociale) fonds de solidarité vieillesse oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>						
<b>MSA</b> • Exploitant • Exploitant fonds de solidarité vieillesse oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>						
Caisse des non salariés						
Régimes spéciaux						
Retraites par capitalisation						
<b>B - Retraites complémentaires</b>						
Nom de l'organisme						
<b>C - Autres ressources</b>						
Rentes accident du travail						
Rentes ou pensions d'invalidité						
Pensions de veuve de guerre						
Pensions militaires (y compris ascendants)						
Revenus de capitaux (mobiliers et immobiliers)						
Revenus locatifs, fermages						
Rentes viagères (montant perçu et nature)						
Pensions alimentaires versées par les enfants						
Allocation personnalisée à l'autonomie (joindre le plan d'aide)						
Allocations familiales						
Allocation adulte handicapé						
Salaires						
Allocations de chômage						
Indemnités journalières						
Revenus soumis à prélèvement libératoire						
Autres						
<b>TOTAUX</b>						

**(1) Le versement est-il : M (mensuel) - T (trimestriel) - A (annuel)**

Ressources non prises en compte : retraite d'ancien combattant - allocation logement - intérêts sur livrets - aide personnalisée à l'autonomie.

**IMPORTANT :**

Chaque demande doit être accompagnée des photocopies de l'avis d'imposition N-2 et des justificatifs du dernier paiement de toutes rentes, pensions, allocations, salaires du dernier trimestre (mandat - avis de virement - fiche de paie...).

## D - Biens Fonciers

### ■ Biens en location

- Usufuit  
 Pleine propriété

Superficie : ..... Terres  
..... Vignes

### ■ Biens ayant fait l'objet d'une donation

- À quelle date : .....

De quelle nature : .....

- Superficie terres : .....

Quel en est bénéficiaire (lien de parenté)

Vignes : .....

Si réserve d'usufruit,

Indiquer le montant annuel .....

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts

à ..... le .....

Signature du demandeur,

### IMPORTANT

Toute fausse déclaration relève de l'article L114-13 du code de la sécurité sociale sans préjudice des peines résultant de l'application du code pénal ou d'autres lois.

## 6 - Logement

### ■ Qualité de l'occupant

Êtes-vous  Propriétaire      Remboursement de prêts (1) pour accession à la propriété : ..... € par mois  
 Locataire      Loyer principal (1) : ..... € par mois  
 Hébergé en foyer-logement    ou hébergé en résidence retraite  redevance : ..... € par mois

### ■ Description Générale

Appartement  Situation (étage)  Y a-t-il un ascenseur ? oui  non

Maison individuelle  Branchement à l'égout  Eau  Gaz  Électricité

Nombre total de pièces	Salle d'eau	WC individuel	Intérieur	WC commun
	Salle de bains		Extérieur	

Salubrité (air, soleil) :

Moyen de chauffage :

Isolément : L'intéressé vit-il seul d'une manière habituelle ? oui  non

L'intéressé est-il en contact régulier avec : sa famille  ses voisins

Éloignement des commerçants : .....

## 7 - Renseignement sur l'état du demandeur et de son conjoint

Peut-il sans difficulté	Demandeur		Conjoint	
	OUI	NON	OUI	NON
▶ Marcher seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Descendre ou monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Manger seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Préparer ses repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Soulever les poids (exemple : seaux à charbon - filet à provisions)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Faire son lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Faire son ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Faire ses courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8 - Observations particulières et avis motivé

Compléter obligatoirement par l'association

(Bien indiquer la situation particulière du demandeur, le nombre d'heures souhaitées, l'existence de maladie ou d'hospitalisation)

À ....., le .....  
Signature

L'association a  déposé une demande de prise en charge des heures d'aide ménagère au titre de l'Aide Sociale.  
n'a pas

Nombre d'heures proposées par mois : .....

Service prestataire

Pour la période du ..... au .....

Service prestataire

**Cadre réservé à la MSA**