



► Action Sociale

## DEMANDE DE RENOUVELLEMENT OU MODIFICATION DE L'AIDE À DOMICILE

PÉRIODE DU ..... AU .....

### 1 - DEMANDEUR

NOM .....	PRÉNOM .....																										
NOM DE JEUNE FILLE .....	DATE DE NAISSANCE .....																										
ADRESSE .....	TÉL. ....																										
.....	ADRESSE MAIL (FACULTATIF) .....																										
BUREAU DISTRIBUTEUR .....	CODE POSTAL .....																										
CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/>	MARIÉ(E) <input type="checkbox"/>	DIVORCÉ(E) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="12">No DE SÉCURITÉ SOCIALE</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	No DE SÉCURITÉ SOCIALE																							
No DE SÉCURITÉ SOCIALE																											
SÉPARÉ(E) <input type="checkbox"/>	VEUF(VE) <input type="checkbox"/>	VIE MARITALE <input type="checkbox"/>	PACSÉ(E) <input type="checkbox"/>																								

### 2 - À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT PAR L'ASSOCIATION

- NOMBRE D'HEURES DEMANDÉES : ..... PAR MOIS
- UN DOSSIER A.P.A. EST-IL EN COURS :
 

- POUR LE DEMANDEUR	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- POUR LE CONJOINT	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- AVIS MOTIVÉ DE LA DEMANDE D'AIDE : .....

NOM DU RESPONSABLE : .....

TÉL. ....

DATE ET SIGNATURE : .....

### 3 - RESSOURCES

A - AVANTAGE PRINCIPAL	LE VERSEMENT EST-IL :	MONTANT PERÇU PAR :			COLONNE RÉSERVÉE À LA MSA
	M (MENSUEL) T (TRIMESTRIEL) A (ANNUEL)	DEMANDEUR	CONJOINT	AUTRES PERSONNES RÉSIDANT AU FOYER	
CRAM (SÉCURITÉ SOCIALE) FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					
MSA ● EXPLOITANT ● SALARIÉ FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					
CAISSE DES NON SALARIÉS					
RÉGIMES SPÉCIAUX					
RETRAITES PAR CAPITALISATION					
B - RETRAITES COMPLÉMENTAIRES					
NOM DE L'ORGANISME					
TOTAL À REPORTER :					

CADRE RÉSERVÉ À LA MSA

## 4 - RESSOURCES RÉGULIÈRES

	LE VERSEMENT EST-IL :	MONTANT PERÇU PAR :			COLONNE RÉSERVÉE À LA MSA
		M (MENSUEL) T (TRIMESTRIEL) A (ANNUEL)	DEMANDEUR	CONJOINT	
TOTAL À REPORTER :					

### C - AUTRES RESSOURCES

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					
RENTE VIAGÈRE (MONTANT PERÇU ET NATURE)					
PENSIONS ALIMENTAIRES VERSÉES PAR LES ENFANTS					
ALLOCATION PERSONNALISÉE À L'AUTONOMIE (JOINDRE LE PLAN D'AIDE)					
ALLOCATIONS FAMILIALES					
ALLOCATION ADULTES HANDICAPÉS					
SALAIRES					
ALLOCATIONS DE CHÔMAGE					
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES					
AUTRES					
TOTAL € :					

*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

USUFRUIT

SUPERFICIE : ..... TERRES

PLEINE PROPRIÉTÉ

..... VIGNES

#### ■ BIENS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DONATION

- À QUELLE DATE : .....

DE QUELLE NATURE : .....

- SUPERFICIE TERRES : .....

QUEL EN EST LE 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 L 114-13 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE SANS PRÉJUDICE DES PEINES RÉSULTANT DE L'APPLICATION DU CODE PÉNAL OU D'AUTRES LOIS.