

## DEMANDE D'AIDE À DOMICILE FAMILLE OU PERSONNE HANDICAPÉE

### à compléter par l'Association

#### 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 : .....  
 Le conjoint est-il : En activité  Retraité   
 N° de Sécurité Sociale 

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

#### 3 - Enfants vivant au foyer - à compléter obligatoirement

Nom et prénom	Date de naissance	Situation collège, lycée ou autre	Indiquer les études effectuées et l'établissement fréquenté

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

Nom et prénom	Date de naissance	Parenté	Emploi occupé	Observations

M2101

## ■ RESSOURCES MENSUELLES

Montant(s) perçus	Base	Demandeur	Conjoint	Autre personne résidant au foyer	Colonne réservée à la MSA
<b>① Pour les Salariés</b>					
Salaires (dont heures supplémentaires)	N-2				
Allocations de chômage	actuelle				
Indemnités journalières	actuelle				
<b>② Pour les exploitants actifs</b>					
Bénéfices agricoles	N-2				
<b>③ Pour les retraités</b>					
MSA      Exploitant Salarié	actuelle				
Fonds de Solidarité Vieillesse oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					
CARSAT (Sécurité Sociale)	actuelle				
Fonds de Solidarité Vieillesse oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					
Caisse des non salariés (artisans)	actuelle				
Régimes spéciaux : Pro BTP, SNCF, etc	actuelle				
Retraites complémentaires : UGRR, CAMARCA, CCPMA, CNRO, etc	actuelle				
.....	actuelle				
.....	actuelle				
<b>Autres ressources du foyer</b>					
Pensions(s) alimentaire(s) perçue(s)	N-2				
Pension de veuve de guerre	N-2				
Pensions militaires (y compris ascendants)	N-2				
Revenus fonciers (location, fermage)	N-2				
Revenus de capitaux (mobiliers et immobiliers)	N-2				
Rentes viagères (montant réellement perçu)	N-2				
Revenus soumis aux prélèvements libératoires	N-2				
Allocations familiales (sauf Allocation de rentrée scolaire, aide à la scolarité, AEH)	actuelle				
Allocation Adulte Handicapé	actuelle				
Prestation de compensation du Handicap (aide humaine)	actuelle				
Majoration Tierce Personne	actuelle				
Rente ou pension d'invalidité	actuelle				
Rente(s) accident du travail	actuelle				
Autres : .....					
<b>Total</b>		€	€	€	€
<b>Nombre de parts</b> (1/2 part supplémentaire si AAH)					
Quotient familial					€

### IMPORTANT

Chaque demande doit être accompagnée des photocopies de l'avis d'imposition N-2 et des justificatifs des derniers paiements de toutes rentes, pensions, allocations, salaires.

## ■ MOTIF DE LA DEMANDE

### ○ FAMILLE (Être allocataire à la MSA)

- Grossesse pathologique (joindre certificat médical)      Date présumée de l'accouchement : .....
- Naissance      Date présumée de l'accouchement : .....  
(à compléter obligatoirement)
- Naissances multiples
- Surcharge familiale
- Maladie
- Enfant Handicapé (percevoir l'Allocation pour Enfant Handicapé ou demande en cours)
- Parent Isolé
- Décès d'un parent

### ○ PERSONNE HANDICAPÉE (Être assuré maladie à la MSA)

- Personne handicapée ou atteinte d'une maladie grave invalidante
- Répondant à des critères d'isolement et de perte d'autonomie (Evaluation faite par le travailleur social)
- Immobilisée pour une période minimum de 3 mois (joindre certificat médical)

Un dossier de prestation de compensation du handicap ou majoration tierce personne est-il en cours ?

OUI       NON

Si oui, laquelle .....

Exposé de la situation :

.....

.....

.....

.....

## ■ NATURE DE LA DEMANDE

Intervention de :      TISF       AVS  (Personne handicapée : AVS uniquement)

Date de début de l'aide : .....      Nombre d'heures demandées : .....

Date et signature

➤ du responsable de l'Association      ➤ du demandeur certifiant les renseignements exact

# CADRE RESERVE A LA MSA

Allocataire à la MSA

Assuré maladie à la MSA

ACCORD : TISF  AVS  ..... Heures ..... Tr

du ..... Au .....

Rappel Quotient familial : ..... €

Tarif horaire : ..... €

Participation MSA : ..... €

Participation demandeur : ..... €