

DEMANDE D'AIDE MÉNAGÈRE À DOMICILE D'UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

N° DOSSIER

NOM DU DEMANDEUR : Prénom :

Adresse actuelle :

Apt..... Étage Bâtiment Escalier..... Digicode

Code postal..... Commune

Date d'arrivée à cette adresse..... Téléphone *indispensable*

Courriel :

Préciser s'il s'agit :

du domicile en qualité de : propriétaire – locataire – hébergé en famille - hébergé chez

un tiers (*ayer les mentions inutiles*)

d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées

de l'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux

Adresse précédente :

(avec dates d'arrivée et dates de départ)

À remplir **obligatoirement** si l'intéressé est soit en établissement (foyer-résidence, maison de retraite) soit réside à l'adresse actuelle depuis moins de 3 mois.

Le dossier de demande intégralement rempli,
accompagné des pièces justificatives doit être adressé à :

Département de Seine-et-Marne
Direction de l'autonomie
Service des Prestations
Hôtel du Département
CS 50377
77010 MELUN cedex

IDENTITÉ - SITUATION	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
Nom de naissance		
Nom marital		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		
Nationalité (française, ressortissant de l'union européenne, autre...)		
Date d'arrivée en France pour les étrangers		
Situation de famille (marié(e), divorcé(e), veuf(ve), célibataire, concubin(e), pacsé(e))		
Organisme de la retraite principale		
Situation du conjoint (retraité, salarié, pensionné, sans profession)		

COORDONNÉES DE LA PERSONNE RÉFÉRENTE DU DEMANDEUR

(enfant, parent, autre) à contacter pour la visite d'évaluation ou en cas d'urgence

M., M^{me} Lien de parenté

Adresse

Code postal Ville

Téléphone : courriel :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection : oui (joindre une copie du jugement) non

Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES - Bénéficiez-vous déjà de :

Allocation compensatrice pour tierce personne	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prestation de compensation du handicap	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aide sociale en établissement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Allocation personnalisée d'autonomie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aide ménagère au titre de l'aide sociale par le Conseil départemental	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Majoration tierce personne	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aide ménagère versée par les caisses de retraite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	→ Nombre d'heures :	

• L'organisme intervenant :

- Caisse de retraite qui vous aide :
- ou mutuelle
- ou retraite complémentaire

Attention : l'aide ménagère n'est pas cumulable avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, ni avec l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne, ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne.

RESSOURCES ANNUELLES		
	Montant annuel perçu par le demandeur (en €)	Montant annuel perçu par le conjoint ou concubin ou pacsé (en €)
Retraite principale (à préciser)		
Retraites complémentaires (à détailler)		
Pension invalidité, rente (viagère, assurances...)		
Traitements et salaires		
Bénéfices commerciaux		
Bénéfices agricoles		
Revenus locatifs (ou fonciers)		
Allocations diverses (ex : allocation aux adultes handicapés, allocation spéciale vieillesse, pension alimentaire)		
TOTAL ANNUEL		

Le tableau suivant est à compléter. Cependant, l'attribution de l'aide ménagère n'a pas d'incidence sur la transmission du patrimoine :

VOS BIENS IMMOBILIERS		
	Propriété(s) bâtie(s)	Propriété(s) non bâtie(s)
Nature (précisez : résidence principale, résidence secondaire, terrain)		
Adresse(s)		
Valeur(s) locative(s) en € (voir taxe foncière)		
Montant des revenus procurés par le bien		
Usage actuel (précisez si occupé par demandeur, occupé à titre gratuit, location, en fermage, inoccupé)		

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) M. ou M^{me} :

agissant : en mon nom propre en qualité de représentant de M. ou M^{me}

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et dans les documents annexes. Je suis informé(e) que pour vérifier les déclarations, les services du Département peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer (art. L 232-16 de la loi du 20/07/2001 instaurant l'APA). Toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières prévues par la Loi (articles L 433-19, L 441-7, L313-1 et L313-3 du code pénal). Conformément à l'article 4.(11) du règlement général de protection des données personnelles qui définit le consentement comme « toute manifestation de volonté, libre, spécifique, éclairée et univoque par laquelle la personne concernée accepte, par une déclaration ou par un acte positif clair, que des données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement ».

Je donne mon consentement pour que mes données fassent l'objet d'un traitement informatique. Je ne donne pas mon consentement pour que mes données fassent l'objet d'un traitement informatique. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le département de Seine-et-Marne pour permettre la gestion de votre demande d'aide à l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie. Elles sont conservées pendant une durée de 3 ans après l'obtention de la dernière aide et sont destinées à être partagées entre les professionnels qui participent à la prise en charge du parcours de la personne âgée (médecins, hôpitaux, services d'aide à domicile, pôles territoriaux de l'autonomie, professionnels de santé, professionnels œuvrant dans le champ du social et du médico-social).

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la Direction de l'Autonomie.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la Direction de l'autonomie, par voie postale à l'adresse postale suivant : DA - service des Prestations - Hôtel du département - CS 50377 - 77010 MELUN cedex.

Fait le à

Signature

Avis motivé sur les avantages sollicités (à l'exception de l'APA) :

Signature du Président de la Commission Administrative du Centre Communal d'Action Sociale

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES
LORS DE LA CONSTITUTION DU DOSSIER D'AIDE MÉNAGÈRE À DOMICILE
D'UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

- Imprimé de demande dûment complété et signé ;**
- Certificat médical** ;
- Photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou un extrait de naissance** (pour le demandeur de nationalité française) ;
- Photocopie du passeport de la communauté européenne** (pour les demandeurs de nationalité autre que française, mais appartenant à la communauté européenne) ;
- Photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité** (pour les demandeurs de nationalité étrangère, hors communauté européenne) ;
- Justificatif de domicile** (quittance de loyer ou attestation d'hébergement ou taxe d'habitation) ;
- Photocopie en intégralité du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu** (pour une demande déposée entre janvier et août de l'année n : fournir l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'année n-2, pour une demande déposée entre septembre à décembre, celui de l'année n-1) ;
- Justificatifs des ressources perçues par le foyer** (pensions, rentes viagères, salaire d'un conjoint, dernière déclaration fiscale de toutes les caisses de retraite ou autres organisme : CAF, CPAM, Compagnie d'assurances...) ;
- Photocopie du jugement de tutelle ou curatelle le cas échéant ;**
- Accord ou refus de prise en charge d'aide ménagère servie par les caisses de retraite ou autres organismes ;**
- Un bulletin de situation en cas d'hospitalisation ;**
- Notification de la CDAPH attribuant l'AAH ou notification d'attribution de la 2e catégorie d'invalidité et carte d'invalidité à 80 % ;**
- Nom de l'association ou du CCAS intervenant au domicile.**