

Document à envoyer par mail :  
cmcas-260.ass@asmeg.org

## Action Sanitaire et Sociale Aide aux Séniors

Hébergement Temporaire  Accueil de jour ou de nuit

### 1 Vous-même

Madame  Monsieur  Votre nom (de naissance) : .....

Votre nom d'époux ou d'épouse (s'il y a lieu) : .....

Si vous portez un autre nom, indiquez-le : .....

Vos prénoms (soulignez le prénom courant) : .....

Votre NIA :

Êtes-vous retraité du Régime Général ? OUI  NON

Votre date de naissance ?   /   /

Votre numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Votre courriel : ..... @ .....

Votre adresse : .....

Code postal :      Commune : .....

### 2 Votre situation de famille

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

Si vous vivez en couple :  vous êtes marié(e)  vous avez conclu un pacs  vous vivez en concubinage

### 3 Votre conjoint(e) ou partenaire de PACS ou concubin(e)

Son nom (de naissance) : ..... Son nom d'époux ou d'épouse : .....

Vos prénoms (soulignez le prénom courant) : .....

Si vous portez un autre nom, indiquez-le : .....

Sa date de naissance ?   /   /

Est-il/elle retraité(e) du Régime Général ? OUI  NON

Est-il/elle hébergé(e) en établissement ? OUI  NON

---

#### 4 Votre demande d'aide

Vous souhaitez  un hébergement temporaire dans un établissement (20 jours maximum/an)  
obtenir une aide pour :  un accueil de jour ou de nuit dans un établissement (50 jours et/ou nuits maximum/an)

➔ Votre demande est-elle liée à une modification récente de votre situation ? OUI  NON

Si oui, précisez cette situation :

- Départ ou décès du conjoint ou d'un membre de la famille,
- Dégradation subite de votre état de santé,
- Travaux dans le logement
- Absence momentanée des aidants
- Autre : précisez : .....

---

#### 5 Votre situation au regard des aides légales

➔ Attention pour bénéficier de cette prestation, vous ne devez pas percevoir :

- ➔ L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)
- ➔ La prestation spécifique dépendance (PSD)
- ➔ L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)
- ➔ La prestation de compensation du handicap (PCH)
- ➔ La majoration pour tierce personne (MTP)

\* Sauf si votre plan d'actions ne mentionne pas cette prestation

---

#### 6 Personne à contacter pour le suivi de votre dossier

➔ Vous pouvez indiquer si vous le souhaitez, les coordonnées d'une personne à contacter pour le suivi de votre dossier :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal :      Commune : .....

Numéro de téléphone :

Cette personne est :  Un membre de votre famille, un ami, un proche  
 Votre tuteur ou curateur

## 7 Pièces justificatives

**Vous venez de remplir votre demande d'aide.**

**Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre :**

- ➡ une photocopie de votre dernier avis d'imposition sur le revenu, ainsi que celui de votre conjoint, concubin ou partenaire PACS

Vos droits seront calculés en fonction des ressources figurant sur votre avis d'imposition.

**Important :**

Si votre situation a évolué depuis la date de ce document (séparation, veuvage, modification importante des ressources), **complétez la déclaration de revenus page suivante.**

A défaut, ce sont les ressources de l'avis d'imposition qui seront prises en compte.

- ➡ La copie du plan d'actions si vous percevez l'APA
- ➡ une photocopie de votre dernier bulletin de pension CNIEG et autres organismes.
- ➡ RIB/IBAN

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

- ➡ la copie du jugement de curatelle, de tutelle ou de sauvegarde de justice.

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

Je m'engage :

- à signaler toute modification de ma situation et celle de mon conjoint et tout changement de domicile,
- à rembourser à ma CMCAS les sommes éventuellement versées à tort.
- à faciliter toute enquête.

Fait à : .....

Le :        .

Votre signature :

## A compléter UNIQUEMENT en cas de changement de situation

### Déclaration de revenus

Si vos revenus ont évolué depuis la date de votre dernier avis d'imposition (séparation, veuvage,), complétez le tableau ci-dessous en indiquant le dernier montant mensuel perçu (attention aux revenus trimestriels, les chiffres à reporter ci-dessous doivent être mensuels).

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

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS. Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : CCAS – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX. Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.