

Cadre à remplir uniquement en cas de demande de services ménagers

_____ (n° de retraite)

A - AVANTAGES PRINCIPAUX	Le versement est-il :		DEMANDEUR			CONJOINT		
	Nom de l'organisme de retraite	M/T/S/A (1)	Nb trim validés	Nature du droit (2)	Montant perçu En euros	Nb trim validés	Nature du droit (2)	Montant perçu En euros
régime général								
Mutualité sociale agricole (MSA)								
Caisse de retraite des non salariés								
Autres								

- (1) Le versement est-il : M mensuel → T trimestriel → S semestriel → A annuel
 (2) DP : droit personnel → DD droit dérivé (acquis suite au décès du conjoint)

B - FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE (à compléter obligatoirement)
 Est-il versé : oui non
 si oui, par quel régime : _____

Dans le cas d'une demande de services ménagers, au titre de l'aide sociale départementale, le demandeur a-t-il fait une donation, un partage, une vente? oui non

Le demandeur est-il déjà bénéficiaire d'une prise en charge de services ménagers?
 oui non

Si oui, quel est l'organisme financeur (caisse de retraite ou conseil général) : _____

Nombre d'heures par mois : _____

Si oui, depuis quand ? : _____ Fin de validité de prise en charge : _____

Je soussigné (e) certifie que les renseignements contenus dans ce document sont exacts.

À _____ le _____ 20 _____

Signature :



Demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile :
ou
Services ménagers : Nombre d'heures sollicitées par mois :

Déposée auprès du : _____
 [nom de l'organisme ou de la collectivité concerné(e)] Nom de la personne qui a constitué ce dossier : _____
 1^{re} demande Renouvellement Modification
 Une admission d'urgence a-t-elle été demandée ? : oui non
 Si oui, à compter du :/...../.....
 Si oui pour aide ménagère, nombre d'heures par mois

Un imprimé par demandeur

DEMANDEUR	CONJOINT - CONCUBIN - MEMBRE DU PACS
M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/>
Nom de naissance : _____	Nom de naissance : _____
Nom usuel : _____	Nom usuel : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	Date de naissance : _____
Nationalité : _____	Nationalité : _____
Caisse de retraite principale : _____	Situation : <input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> hébergé en établissement <input type="checkbox"/>
	Adresse de l'établissement : _____

N° sécurité sociale : _____

N° sécurité sociale : _____

"La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L377-1 du code de la sécurité sociale, article L441-1 du code pénal)."
 "La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme."

FA-DEP18-0810

Si le conjoint, concubin, membre du PACS est décédé, préciser la date du décès : _____

Situation de famille du demandeur :Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Marié(e) Séparé(e) Vie maritale PACS **Adresse actuelle :**

(si établissement, préciser clairement le type d'établissement et son nom)

Code postal : Localité :Depuis le : (jour-mois-année) : N° de téléphone : **Adresse antérieure :**Code postal : Localité :**Qualité de l'occupant :**Propriétaire Locataire Usufruitier Habite chez un tiers Accueil familial agréé Habite avec un enfant En établissement Pour les étrangers, date d'arrivée en France : Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection ? : oui non

Si oui, nom, adresse et n° de téléphone de la personne ou de l'organisme chargé de l'exercice de cette mesure :

(Joindre copie du jugement)**Autres personnes vivant sous le même toit que le demandeur (hors conjoint, concubin ou membre du PACS)**

Nom et prénom	Date de naissance	Parenté	Profession et activité

Enfants ne vivant pas au foyer

Nom et prénom	Adresse complète	N°de téléphone

Personne à contacter en cas de besoin :

.....

(Nom, prénom, adresse, n° de téléphone)

Nom du médecin traitant :

Adresse - téléphone :

PATRIMOINE :**■ BIENS IMMOBILIERS :**

Nature	Localisation	Si le bien est loué : montant annuel des revenus perçus	Si le bien n'est pas loué : valeur locative*

* La valeur locative figure sur l'avis des taxes foncières (base sur laquelle les différents taux sont appliqués) ou sur le relevé cadastral.**■ BIENS MOBILIERS (épargne) : si absence, inscrire "néant"**

	Capital	Intérêts de l'année civile précédente
Compte courant		
Livrets A, codevi, PEL		
Obligations, actions...		
Assurance-vie		
Autres		

RESSOURCES DU FOYER :

Ressources	Montant mensuel perçu par :	
	Demandeur	Conjoint, concubin ou membre du PACS
Allocation aux adultes handicapés		
Allocation compensatrice tierce personne ou Majoration tierce personne		
Prestation expérimentale dépendance ou prestation spécifique dépendance		
pensions alimentaires versées par les enfants		
Rente dépendance		
Autres ressources (préciser)		

En cas de refus de demande d'allocation personnalisée d'autonomie, je souhaite que mon dossier soit transmis à l'organisme compétent pour accorder une prise en charge de services ménagers : oui non