

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE DES PERSONNES AGEES

L'essentiel & plus encore

MSA AUVERGNE

	1 ^{ère} demande	Renouvellement
Aide à domicile <input type="checkbox"/> Prestataire <input type="checkbox"/> Mandataire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Structure envisagée :		
Portage de repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Installation Téléassistance	<input type="checkbox"/>	
Equipement adaptation habitat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 - VOUS Madame MonsieurNuméro INSEE

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Commune : Code postal :

 Domicile : Portable :

@dresse mail :

2 - VOTRE CONJOINT(E)Numéro INSEE

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Retraité(e) En activité

Si votre conjoint(e) est décédé(e), merci de nous préciser la date du décès :

3 - AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

Nom et prénom n°INSEE	Parenté	Situation familiale	Situation professionnelle

4 - PERSONNE A CONTACTER

Merci d'indiquer, les coordonnées d'une personne à contacter pour le suivi de votre dossier.

Nom – Prénom :

Adresse :

 Domicile : Portable :

@dresse mail :

Cette personne est :

 un membre de la famille un ami/ un proche votre tuteur votre curateur**Structure qui a renseigné la demande :**

Nom :

Adresse :

 :

@dresse mail :

Cachet de la structure :

5 - CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

☛ Résider dans la région Auvergne.

☛ Etre retraité à titre principal du régime agricole : avoir exercé son activité professionnelle la plus longue au régime agricole

☛ Etre en situation de fragilité qui rend nécessaire le recours à une aide pour le maintien à domicile

☛ Répondre aux conditions de ressources permettant l'accès aux aides de la MSA Auvergne

☛ Ne pas percevoir ou être éligible à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). Ne pas bénéficier de l'aide sociale légale du département aux personnes âgées.

6 - VOTRE SITUATION ACTUELLE : REPERAGE DES FRAGILITES

5-1. Votre demande est-elle liée à une modification récente de votre situation ?

Oui Non

5-2. Etes vous concerné(e) par l'une ou plusieurs situations décrites ci-dessous ?

Oui Non

Vous avez plus de 81 ans

Vous vivez seul(e)

Vous avez un ou des problèmes de santé (si oui, préciser)

Vous avez une maladie aiguë ou une pathologie chronique

Vous avez été victime d'un accident ou d'une chute

Vous souffrez d'une déficience auditive, visuelle, cognitive (désorientation)

Vous venez d'être hospitalisé(e)

Vous êtes en situation de handicap

Vous ressentez une fragilité psychologique

Vous êtes en situation d'aidant de votre conjoint ou d'une autre personne dépendante ou handicapée vivant au sein du foyer

Votre conjoint, votre aidant ou un de vos proches est décédé

Votre conjoint a été hospitalisé(e), est malade, ou est entré(e) en établissement

Votre aidant est indisponible : problèmes de santé hospitalisation congé

Vous avez déménagé ou votre aidant a déménagé

Vous êtes isolé (e) socialement et/ou familialement (vous avez peu de visites de votre famille ou entourage)

Vous êtes isolé(e) géographiquement

7 - AIDES LEGALES:

Percevez-vous l'une de ces aides ?

Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Prestation spécifique dépendance (PSD)

Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)

Prestation de compensation du handicap (PCH)

Majoration pour tierce personne (MTP)

Aide sociale légale du département

Votre conjoint perçoit-il une aide pour le maintien à domicile

(Caisse de retraite, APA,...) ? :

☞ Si oui précisez la nature de l'aide :

	Oui	Non	Demande En cours	Rejet
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)				
Prestation spécifique dépendance (PSD)				
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)				
Prestation de compensation du handicap (PCH)				
Majoration pour tierce personne (MTP)				
Aide sociale légale du département				
Votre conjoint perçoit-il une aide pour le maintien à domicile (Caisse de retraite, APA,...) ? :				
☞ Si oui précisez la nature de l'aide :				

8 – VOS REGIMES DE RETRAITES

Retraite de base

Percevez-vous une autre retraite de base que celle de la MSA ?

Oui

Non

☞ Si oui, indiquez le nom des régimes qui vous versent d'autres retraites :

Autre(s) régime(s) :

-

-

Retraites complémentaires

Indiquez ci-dessous le(s) nom(s) de votre (vos) caisse(s) complémentaire(s) :

-

-

9 - VOS RESSOURCES

VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE À CETTE DEMANDE VOTRE DERNIER AVIS D'IMPOSITION

	Vous				Votre Conjoint (e)											
Retraites de base (montant mensuel)																
Retraite MSA : Exploitant																
Retraite MSA : Salarié																
Retraite autres régimes :																
Retraites complémentaires :																
	Montant(s)				*Périodicité (à cocher)				Montant(s)				*Périodicité (à cocher)			
					M T S A								M T S A			
Autres revenus (montant mensuel)																
Allocation Adulte Handicapée																
Pension d'invalidité																
Rente Accident du travail																
Rente viagère																
Revenu Solidarité Active																
Salaires/Revenus d'activités																
Indemnités journalières																
Indemnités ASSEDIC																
Pension de veuve de guerre																
Autres:																
Situation bancaire et placement(s) financier(s)																
<i>les justificatifs 3 derniers relevés de compte et attestations bancaires devront impérativement être fournis avec la demande ou lors de la visite d'évaluation</i>																
	Vous				Votre Conjoint(e)				En commun							
Solde du compte courant																
Solde du compte courant																
Compte sur livret (CSL)																
Livret épargne populaire																
Livret A																
Plan épargne populaire																
Plan épargne logement																
Compte épargne logement																
Titres (actions, obligations,...)																
Assurance(s) vie																
Assurance viagère																
Autres																

* Périodicité du versement de votre retraite complémentaire : M = MOIS, T = TRIMESTRE, S = SEMESTRE, A = ANNEE.

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

Je m'engage :

- ☞ à fournir l'ensemble des justificatifs demandés pour les revenus et placements financiers déclarés ci-dessus.
- ☞ à signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint, ainsi que tout changement de domicile,
- ☞ à faire connaître toute modification de ma situation au regard de l'APA, de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)
- ☞ à régler à la MSA Auvergne les sommes éventuellement perçues à tort.
- ☞ à faciliter toute enquête et contrôle

J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à un organisme conventionné avec la MSA Auvergne pour permettre l'instruction et la mise en œuvre de ma demande.

A

Le

Signature du demandeur :

Quelles sont les aides attribuées par la MSA ?

La MSA peut accorder différentes aides pour faciliter votre vie quotidienne à domicile :

- Aide à domicile (**service prestataire ou mandataire conventionné avec la MSA Auvergne**) : pour l'entretien du logement, les courses, la préparation des repas, les déplacements...
- Participation aux frais de portage de repas
- Frais d'installation d'un équipement de télé assistance,
- Achat et installation de petit(s) équipement(s) de prévention : barre d'appui, rehausseur WC...

Quel est le montant des aides versées par la MSA ?

Le montant des aides dépend de vos ressources et le cas échéant de celles de votre conjoint(e). La participation de la MSA Auvergne est déterminée à partir d'un barème défini par le Conseil d'Administration.

Quelles sont les pièces à joindre à votre demande :

- Dernier avis d'imposition.
- Attestations bancaires
- Vos 3 derniers relevés de comptes bancaires

A qui envoyer la demande ?

Vous devez adresser votre demande directement à la MSA Auvergne, à l'adresse suivante :

MSA AUVERGNE Service Action Sociale
75 Bd François Mitterrand
63972 CLERMONT-FERRAND CEDEX 9.

Comment votre demande va-t-elle être étudiée ?

A la réception de votre demande nous vérifierons que votre dossier est complet. S'il est incomplet le service Action Sociale prendra contact avec vous ou avec la personne mentionnée au *paragraphe 4*.

Si votre dossier est complet et si vous remplissez les conditions administratives, le service Action Sociale prendra rendez-vous avec vous pour **évaluer votre situation à votre domicile. Cette évaluation réalisée par un travailleur social est indispensable.** Elle a pour but de nous aider à définir avec vous vos besoins et nous permettre de vous apporter une réponse adaptée :

- en vous proposant si besoin la mise en place de services
- en vous donnant des conseils pour bien vivre chez vous.

Lorsqu'il vous contactera le service Action Sociale conviendra avec vous de la date et de l'heure d'un rendez-vous à votre domicile.

Si vous le souhaitez, cette visite peut se faire en présence d'un membre de votre famille ou d'un proche.

A l'issue de cette rencontre, si votre situation le justifie, le travailleur social vous proposera un plan d'accompagnement pour vous aider dans votre vie quotidienne.

Ce document sera transmis pour décision à la MSA Auvergne.

Vous recevrez alors, une notification de la MSA vous indiquant en cas d'accord, la nature et le montant des aides qui vous seront attribuées.

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE DES PERSONNES AGEES

RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS IMPOSABLES OU NON (Un exemplaire à compléter par chaque organisme bancaire)

PRODUITS	CAPITAL : COMPTE(S) OUVERT(S) AU NOM DE		
	Monsieur	Madame	Monsieur et Madame
Solde du compte courant			
Compte sur livret			
Livrets - épargne populaire - A - Autres			
Plans - épargne populaire - épargne logement - autres			
Comptes - épargne logement - titres (actions, obligations,...) - autres			
Placements - assurance vie - assurance viagère - autres			
Autres - - -			

Monsieur

Je soussigné

NOM.....

Prénom

Adresse.....

Autorise(ons) les organismes bancaires à fournir tous les renseignements utiles sur le montant des capitaux placés et produits d'épargne

Le

Signature Monsieur

Madame

Je soussignée

NOM.....

Prénom.....

Signature Madame

Visa de l'établissement bancaire

L'établissement bancaire

Atteste que Monsieur.....
Madame

N'a ou n'ont pas, à ce jour, dans notre établissement, d'autres formes d'épargne que celles indiquées ci-dessus

A..... le

(Signature et cachet obligatoire)