Service d'Action Sanitaire et Sociale
MSA Armorique

ESSS08442

santé
famille
retraite
services

L'essentiel & plus encore

Demande à renvoyer par le prestataire à la MSA d'Armorique :

MSA Armorique - 12, rue de Paimpont - 22025 Saint-Brieuc CEDEX 1 ou par mail à l'adresse communiquée au prestataire

AIDE À DOMICILE AUX PERSONNES MALADES OU EN SITUATION DE HANDICAP

L'aide à domicile aux personnes malades ou en situation de handicap est destinée aux personnes non retraitées, confrontées à des problèmes de santé spécifiques ou à un handicap, et nécessitant un soutien pour favoriser leur maintien à domicile et assurer l'entretien du cadre de vie.

1 - Bénéficiaire

Première demande ☐ **Renouvellement** ☐

☐ ***Madame*** ☐ ***Monsieur***

- **Nom :** _____ • **Prénom :** _____
- **Né(e) le :** __/__/____
- **Numéro de Sécurité sociale :** __/__/__/__/__/__/__
- **Adresse :** _____
- **Code Postal :** _____ • **Commune :** _____
- **Téléphone :** __/__/__/__/__ • **Adresse mail :** _____

Si mesure de protection des majeurs en cours, nom et coordonnées de la personne référente : _____

_____

- **Situation familiale :** ☐ Célibataire ☐ Vie maritale ☐ Marié(e)

  ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve) Depuis le : __/__/____

- **Situation professionnelle :** ☐ Salarié(e) - Si oui : ☐ ESAT ☐ oui ☐ non

  Nom de l'ESAT : _____

  Nom du référent ESAT : _____

  N° de téléphone du référent : __/__/__/__/__

  ☐ Exploitant(e) ☐ Demandeur d'emploi ☐ Sans activité

- Titulaire de l'aide sociale "Aide ménagère pour personnes handicapées" servie par le Conseil Départemental ☐ oui ☐ non

2 - Conjoint(e) ou personne vivant avec le demandeur

☐ ***Madame*** ☐ ***Monsieur***

- **Nom :** _____ • **Prénom :** _____
- **Né(e) le :** __/__/____
- **Numéro de Sécurité sociale :** __/__/__/__/__/__/__
- **Etes-vous en activité ?** ☐ oui Précisez : _____

  ☐ non
- **Lien de parenté avec le demandeur :** _____

3 - Autre(s) personne(s) vivant au foyer du demandeur

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Activité (précisez)	Aide possible	Nature de l'aide apportée
				☐ oui ☐ non	
				☐ oui ☐ non	
				☐ oui ☐ non	

4 - Objet de la prise en charge

Première demande ☐ **Renouvellement** ☐

☐ **Intervention d'un service d'aide à domicile :**

- Nom du prestataire : _____
- Nombre d'heures par mois : _____ heures du __/__/____ au __/__/____

☐ **Portage de repas :**

- Coordonnées du service : _____
- Nombre de repas par mois : _____

☐ **Téléassistance :**

- Coordonnées du service : _____
- Période : _____

5 - Motivation de la demande

_____

_____

_____

_____

_____

_____

6 - Coordonnées du service intervenant

- **Intitulé :** _____
- **Adresse :** _____
- **Interlocuteur du dossier :** • **Nom :** _____ • **Prénom :** _____
- **Fonction :** _____
- **Tél :** __/__/__/__/__ • **E-mail :** _____

Pièces à joindre obligatoirement au dossier

Tout dossier incomplet ne pourra être étudié

- ☐ Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition du bénéficiaire et de toute autre personne vivant au foyer.
- ☐ Relevés bancaires des capitaux mobiliers du couple (documents à réclamer auprès de la banque).
- ☐ Notification de la Maison de l'autonomie (MDA) ou de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).
- ☐ Certificat médical

Fait à .....,

le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Signature et cachet du prestataire

Fait à .....,

le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Signature du bénéficiaire

« La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Articles L. 114-9 et L. 114-17 du code de la Sécurité sociale - Article 441-1 du code Pénal). L'exactitude de vos déclarations peut être vérifiée, notamment par un agent de contrôle assermenté de la MSA ou directement auprès de l'organisme ou service cité ci-dessus (Article L.114-19 du code de la Sécurité sociale).

Pour l'étude et la gestion de vos droits, vos données personnelles sont traitées par la MSA d'Armorique. Au titre du Règlement Général européen sur la Protection des Données (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant, par courrier postal, au Délégué a la protection des données – MSA d'Armorique – 12, rue de Paimpont - 22025 Saint-Brieuc Cedex 1.

Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur www.cnil.fr).

Certaines de vos informations peuvent être transmises a nos partenaires qui réalisent les interventions, dans le cadre de nos missions. Vos informations sont conservées au maximum pendant 6 ans après la fin de votre relation avec la branche Action Sociale.

MSA Armorique
tél. 02 98 85 79 79 armorique.msa.fr
Adressez vos courriers à :
MSA Armorique - 12 rue de Paimpont - 22025 SAINT-BRIEUC CEDEX 1

santé famille retraite services
L'essentiel & plus encore

Service d'Action sanitaire et sociale - MSA Armorique - Juillet 2021