



## DEMANDE D'AIDE À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES (AADPA)

**OBJECTIFS :** • favoriser ou restaurer l'autonomie des personnes âgées et permettre leur maintien à domicile dans des conditions de santé et de sécurité favorables • rompre l'isolement social des personnes âgées.

### 1 - Objet de la demande

<input type="checkbox"/> Aide à domicile	<input type="checkbox"/> Portage de repas	<input type="checkbox"/> Téléassistance
● Nom du service d'aide à domicile	● Nom du service de portage de repas	● Nom du service de téléassistance
● Adresse	● Adresse	● Adresse
● Code Postal / Commune	● Code Postal / Commune	● Code Postal / Commune
Merci de joindre un RIB pour toute première demande	Merci de joindre un RIB pour toute première demande	Merci de joindre un RIB pour toute première demande
● Nombre d'heures demandées	● Nombre de portages demandés	
<input type="checkbox"/> Aide à l'adaptation du logement	<input type="checkbox"/> Accompagnement des aidants	<input type="checkbox"/> Maintien du lien social

### 2 - Demandeur

●  F ●  H ● N° Sécurité sociale :

● Nom patronymique (en majuscule) : \_\_\_\_\_ ● Nom de naissance : \_\_\_\_\_

● Prénoms : \_\_\_\_\_

● Né(e) le :           ● Statut : Salarié(e)  / Non salarié(e)

● Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  En concubinage

● Adresse : \_\_\_\_\_

● Code Postal :       ● Commune : \_\_\_\_\_

● Téléphone :                ● Portable :

● Adresse mail : \_\_\_\_\_

Votre situation par rapport à votre logement

Propriétaire  Locataire  Usufruit  Autre : \_\_\_\_\_

Accession à la propriété (prêt en cours)

### 3 - Conjoint(e)

Madame  Monsieur

- Nom patronymique : \_\_\_\_\_ • Nom de naissance : \_\_\_\_\_
- Prénoms : \_\_\_\_\_
- Né(e) le :         • N° Sécurité sociale :
- Votre conjoint(e) est-il (elle) hébergé(e) en structure ?  OUI  NON
- Quel est son régime de retraite principal ? \_\_\_\_\_

### 4 - Autres personnes vivant à domicile

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Téléphone
_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>

### 5 - La demande est-elle liée à une modification récente de situation ?

OUI  NON / Si OUI, laquelle : \_\_\_\_\_

### 6 - Suivi de votre dossier

Personne à contacter pour le suivi de votre dossier

- Nom : \_\_\_\_\_ • Prénom : \_\_\_\_\_
- Nature du lien : \_\_\_\_\_
- Téléphone :         • Portable :

### 7 - Votre situation au regard des aides légales

#### Percevez-vous l'une de ces aides ?

- L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) \_\_\_\_\_  OUI  NON
- L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) \_\_\_\_\_  OUI  NON
- La prestation de compensation du handicap (PCH) \_\_\_\_\_  OUI  NON
- La majoration pour tierce personne (MTP) \_\_\_\_\_  OUI  NON

> **Si OUI**, indiquez la date depuis laquelle vous percevez cette aide :

> **Si NON**, précisez si pour ces aides :  Vous avez déposé une demande, à quelle date

Vous n'avez pas déposé de demande  Votre demande a été rejetée  Vous en avez refusé l'attribution

- Bénéficiez-vous d'autres aides pour votre maintien à domicile ? Si OUI, lesquelles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Si vous avez déposé une demande pour des travaux, avez-vous bénéficié d'aides autres que celles de la MSA ?  
Si OUI, lesquelles ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vous venez de remplir votre demande d'évaluation d'accompagnement à domicile. Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre une copie des documents ci-dessous :**

- Dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Attestation bancaire des capitaux mobiliers
- Devis des travaux en cas d'amélioration de l'habitat ou facture
- Dernière facture des frais d'hébergement si le conjoint est placé en établissement
- Si un tiers est hébergé au domicile du demandeur, dernier avis d'imposition de celui-ci
- Justificatifs des autres aides éventuelles

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

Jugement de curatelle, de tutelle ou de sauvegarde de justice

### À compléter obligatoirement pour toute demande

**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
  - faire connaître toutes les modifications de ma situation au regard de l'APA, de l'ACTP, de la PCH et de la MTP
  - régler à la MSA les sommes éventuellement versées à tort
  - faciliter toute l'enquête

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

● **Fait à :** \_\_\_\_\_ **le :**

**Votre signature :**

*La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article 377-1 du code de la sécurité sociale, articles 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).*

*La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.*

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 à 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](http://www.cnil.fr)).

Certaines de vos informations peuvent être transmises à 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.