



CMCAS Littoral Côte d'Opale

CS 90931

62222 BOULOGNE SURMER cedex

DEMANDE

de Plan d'Aides Personnalisées

Destinée aux OD AD inactifs de + de 55 ans

1 Vous-même

Madame Monsieur Votre nom de famille
 Votre prénom.....
 Votre date de naissance : /___/___ / ___/___ / ___/___/___/___
 Téléphone : /___/___ / ___/___ / ___/___ / ___/___ / ___/___
 (**OBLIGATOIRE pour organiser la prise de rendez-vous et traiter votre demande**)

Votre adresse :
 Code postal : /___/___/___/___/___/___
 Commune :

Êtes-vous retraité du régime général (CARSAT etc...) ? : oui non
 Si **oui**, Fournir acceptation ou refus de vos organismes de retraite (**obligatoire**)

2 Votre situation de famille

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) En concubinage Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)
 Depuis le /___/___ / ___/___ / ___/___/___/___

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

Madame Monsieur Votre nom de famille
 Votre prénom.....
 Votre date de naissance : /___/___ / ___/___ / ___/___/___/___

Est-il/elle hébergé(e) en établissement ? : oui non

4 Le contexte de votre demande d'aide

Afin de nous permettre de traiter au mieux votre demande, merci de bien vouloir nous préciser les éléments suivants :

| | | |
|---|-----|-----|
| ▶ Déposez-vous cette demande pour faire réaliser des travaux d'adaptation dans votre logement ? | oui | non |
| ▶ Vivez-vous seul à votre domicile ? | oui | non |
| ▶ Avez-vous des difficultés d'accès ou de déplacement au sein de votre logement ? | oui | non |
| ▶ Avez-vous au moins deux contacts avec votre famille, vos amis, votre voisinage dans la semaine ? hormis la personne avec laquelle vous vivez | oui | non |
| ▶ Lors des 6 derniers mois : - Avez-vous été hospitalisé ? - Avez-vous fait une chute ? - Avez-vous connu un changement dans votre vie ? <small>(décès ou placement dans une maison de retraite d'un proche vivant sous le même toit)</small> | oui | non |
| ▶ Vivez-vous avec une personne dépendante ? | oui | non |

5 Panier de Service

Je souhaiterais de l'aide pour

- Aide ménagère (asso)/femme de ménage (cesu) (entretien, gros travaux de nettoyage)
 Courses repas (aide aux courses, préparation des repas, portage de repas)
 Hygiène et mieux être (dépenses de protection, aide à la toilette, pédicure)
 Accompagnement transport
 Petits Travaux de jardinage
 Vie sociale (sorties accompagnées, aide au maintien de la vie sociale)
 Aide au logement et cadre de vie (petits équipements amovibles ou technologiques permettant le confort et le maintien au domicile)

6 Votre situation au regard des aides légales versées par le Conseil général (Attention : sans le remplissage de cette rubrique, votre demande ne pourra être traitée)

► Percevez-vous l'une de ces aides ?

Au titre de la dépendance :

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Allocation personnalisée d'autonomie (APA) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ou Prestation spécifique dépendance (PSD) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Au titre du handicap :

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ou Prestation de compensation du handicap (PCH) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si **oui**, indiquez la date depuis laquelle vous percevez l'une de ces aides : /__/__/__/__/__/

Si **non**, précisez si pour ces aides :

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Vous n'avez pas déposé de demande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre demande est en cours d'instruction | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre demande a été rejetée (*) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous en avez refusé l'attribution | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(*) Si la case est cochée, merci de joindre la copie de la notification de rejet à la présente demande.

7 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 :

Madame Monsieur Nom Prénom.....

Adresse :

Code postal : /__/__/__/__/ / Commune :

Courriel :

Téléphone : /__/__/__/__/__/ /__/__/__/__/ /__/__/__/__/

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

8 Méthode choisie

Je suis employeur et je règle mon salarié par chèque emploi service

Je souhaite passer par une association prestataire de services :

Nom de l'association :

Adresse :

Code postal : / / / / / / Commune :

Téléphone : /

9 Pièces justificatives

Vous venez de remplir votre demande d'aide. Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre :

► une **photocopie recto-verso** de votre dernier avis d'imposition sur le revenu, ainsi que celui de votre conjoint, concubin ou partenaire PACS.

Important : vos droits seront calculés en fonction des ressources figurant dans votre avis d'imposition.

Si vous avez déposé une demande d'APA auprès du Conseil général, vous devez aussi fournir :

► une **photocopie de la notification de rejet** au regard des aides légales versées par le Conseil général.

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

► la **copie du jugement de tutelle**, de curatelle 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 de celle de mon conjoint et tout changement de domicile,
- à faire connaître toute modification de ma situation au regard de la PSD, de l'APA, de l'ACTP, de la PCH et de la MTP,
- à régler à la Caisse les sommes éventuellement versées à tort,
- à faciliter toute enquête.

J'accepte que mon dossier, et l'ensemble des informations qu'il comporte, soient transmis à la DIREVP organisme conventionné avec la CMCAS Littoral Côte d'Opale pour permettre l'instruction de ma demande.

Fait à :

Le / / / / / / / / / / / / / / / /

Votre signature :

La DIREVP (03.62.65.83.92.) prendra contact avec vous pour convenir d'un RDV pour effectuer une visite et vous proposer des conseils adaptés et des prestations pour faciliter votre maintien à domicile.

Cette visite pourra se faire en présence d'un membre de votre famille ou d'un proche.