

► Action Sociale 51-08-55

CADRE RÉSERVÉ À LA MSA
 Personne handicapée/Famille

 Affilié en maladie : MSA

 Personne âgée

 Retraité MSA Oui Non

Q.F. : €

Ressources mensuelles : €

Validation du Responsable du Pôle :

Date : Signature :

**DEMANDE D'AIDE POUR HOSPITALISATION A DOMICILE
(SOINS PALLIATIFS)**

⚙ Avant de compléter l'imprimé, voir les conditions d'attribution annexées à ce document.

⚙ Merci de joindre un certificat médical et les factures correspondantes

1 - Demandeur

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. Adresse Mail (facultatif)

 Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Vie maritale Pacsé(e)

 N° de Sécurité Sociale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 - Conjoint

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Date de Mariage :

 Le conjoint est-il : En activité Retraité

 N° de Sécurité Sociale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si le conjoint est décédé, préciser la date du décès :

RESSOURCES MENSUELLES

Montant(s) perçu(s)	Base	Demandeur	Conjoint	Autre personne résidant au foyer	Colonne réservée à la MSA
1 Pour les salariés					
Salaires (dont Heures supplémentaires)	N-2				
Allocations de chômage	actuelle				
Indemnités journalières	actuelle				
2 Pour les exploitants actifs					
Bénéfices agricoles	N-2				
3 Pour les retraités					
MSA Exploitant Salarié	actuelle				
Fonds de Solidarité Vieillesse oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					
CARSAT (Sécurité Sociale) Fonds de Solidarité Vieillesse oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	actuelle				
Caisse des non salariés (artisans)	actuelle				
Régimes spéciaux : Pro BTP, SNCF, etc	actuelle				
Retraites complémentaires : UGRR, CAMARCA, CCPMA, CNRO, etc	actuelle				
.....	actuelle				
Autres ressources du foyer					
Pension(s) alimentaire(s) perçue(s)	N-2				
Pensions militaires (y compris ascendants) et pensions de veuve de guerre	N-2				
Revenus fonciers(immobiliers, locations...)	N-2				
Revenus de capitaux (mobiliers)	N-2				
Rentes viagères (montant réellement perçu)	N-2				
Revenus soumis aux prélèvements libératoires	N-2				
Prestations familiales : Enfance, Logement (sauf Allocation rentrée scolaire, AEEH)	actuelle				
Autres Prestations Familiales : PPA, RSA ...	actuelle				
Allocation Adulte Handicapé	actuelle				
Prestation de compensation du Handicap (aide humaine)	actuelle				
Majoration Tierce Personne	actuelle				
Rente ou pension d'invalidité	actuelle				
Rente(s) accident du travail	actuelle				
Autres :					
TOTAL		€	€	€	
Nombre de parts (1/2 part supplémentaire si AAH)					
Quotient familial					

IMPORTANT : chaque demande doit être accompagnée des photocopies de l'avis d'imposition N-2 et des justificatifs des derniers paiements de toutes rentes, pensions, allocations, salaires.

4 Biens Fonciers
■ Biens en pleine propriété exploités

Superficie : Terres
..... Vignes

■ Biens en pleine propriété loués

Superficie : Terres
..... Vignes

■ Biens ayant fait l'objet d'une donation

Réserve d'usufruit oui non

- A quelle date :
- Superficie terres :
- Superficie vignes :
- Quel en est le bénéficiaire (lien de parenté) ? :
.....

■ Biens Immobiliers

Montant déclaré à la Direction Générale des Impôts
.....

Nom de l'intervenant ou du Professionnel de santé :

Date de la demande :

Exposé de la Situation :

Préciser le type de frais concernés* :

* NB : pas de cumul avec l'aide "protections pour incontinence"

Montant (joindre factures) :