

CADRE RESERVE A LA MSA



► Action Sociale

| | |
|------------------------------|-------------------------|
| Coordonnées du Prestataire : | Cachet du Prestataire : |
|------------------------------|-------------------------|

Allocataire à la MSA Assuré maladie à la MSA

DEMANDE D'AIDE À DOMICILE FAMILLE

à compléter par le Prestataire

ACCORD : TISF AVS Heures Tr

du Au

Rappel Quotient familial : €

Tarif horaire : €

Participation MSA : €

Participation demandeur : €

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 :
 Le conjoint est-il : En activité Retraité
 N° de Sécurité Sociale []

3 - Enfants vivant au foyer - à compléter obligatoirement

| Nom et prénom | Date de naissance | Situation collège, lycée ou autre | Indiquer les études effectuées et l'établissement fréquenté |
|---------------|-------------------|-----------------------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4 - Autres personnes vivant au foyer - à compléter obligatoirement

| Nom et prénom | Date de naissance | Parenté | Emploi occupé | Observations |
|---------------|-------------------|---------|---------------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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) | actuelle | | | | |
| Fonds de Solidarité Vieillesse oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 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.

MOTIF DE LA DEMANDE

Périnatalité / Arrivée d'un enfant

(1000 premiers jours de l'enfant = de la grossesse au 2e anniversaire de l'enfant)

Dynamique familiale :

- Arrivée d'un enfant de 3e rang ou + (naissance ou adoption)
- Etat de santé (parents/enfants)
- Déménagement / emménagement
- Moment clef de la vie scolaire (entrée en maternelle, primaire, collège)

Rupture familiale :

- Séparation
- Décès (d'un parent, d'un enfant, d'un proche et incidence sur l'équilibre familial)

Insertion :

- Insertion professionnelle du mono-parent
- Insertion d'un enfant handicapé

Date de l'évènement déclencheur :

NATURE DE LA DEMANDE

Intervention de : TISF AVS

Date de début de l'aide : Nombre d'heures demandées :

Date et signature

➤ du responsable du Prestataire ➤ du demandeur certifiant les renseignements exacts

Toute fausse déclaration relève de l'article L 114-13 du code de la Sécurité Sociale sans préjudice des peines résultant de l'application du code pénal ou d'autres lois.