

## 1 Vous-même

Madame  Monsieur  Votre nom de famille (nom de naissance) : .....

Votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu : ex. nom marital) : .....

Vos prénoms (soulignez votre prénom courant) : .....

Votre date de naissance :           Courriel : .....

Téléphone (NÉCESSAIRE pour organiser la prise de rendez-vous et traiter votre demande) :

Vous n'avez pas de numéro de téléphone (merci de cocher la case suivante)

Votre adresse : .....

Code postal :       Commune : .....

Votre n° de sécurité sociale :

Êtes-vous ressortissant Carsat  Msa  Mines

Si vous êtes retraité, merci d'indiquer la caisse qui verse votre retraite : .....

## 2 Votre situation de famille

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  En concubinage  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)

Nombre d'enfants au foyer :

## 3 Votre conjoint(e) ou partenaire pacsé(e) ou concubin(e)

Son nom de famille (nom de naissance) : .....

Son nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu : ex. nom marital) : .....

Ses prénoms (soulignez le prénom courant) : .....

Son n° de sécurité sociale :

Sa date de naissance :                      En cas de décès, précisez la date :

Est-il/elle ressortissant(e) du régime général Cnav, Carsat  Msa  Mines

Si oui, indiquer la caisse qui verse sa retraite : .....

Est-il/elle hébergé(e) en établissement ? : Oui  Non

## 4 Votre situation au regard des aides

### ▶ Percevez-vous une aide au titre de la dépendance ?

Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou Prestation spécifique dépendance (PSD) : Oui  Non

### ▶ Percevez-vous une aide au titre du handicap ?

Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou  
Prestation de compensation du handicap (PCH) ou Majoration pour tierce personne (MTP) : Oui  Non

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

Précisez si pour ces aides :

- vous n'avez pas déposé de demande  votre demande est en cours d'instruction
- votre demande a été rejetée (\*)  vous en avez refusé l'attribution

▶ Percevez-vous une aide au titre du maintien à domicile par un autre organisme ? : Oui  Non

Si oui, précisez l'organisme (CAF, Assurances, Mutuelle...) : .....

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

## 5 Avez-vous une complémentaire santé (assurance, mutuelle, prévoyance...) ?

Oui  (Merci de renseigner les informations ci-dessous) Non  (passer directement à la rubrique 6)

Nom de l'organisme : .....

Adresse mail : .....

N° de téléphone :

Cette complémentaire propose-t-elle une aide après hospitalisation ? : Oui  Non  Ne sais pas

## 6 Vos ressources (mention obligatoire)

▶ Indiquez ci-dessous le montant mensuel des ressources de votre foyer en référence au revenu brut global figurant sur votre dernier avis d'imposition (pension de retraite, revenus fonciers, immobilier,...): .....

