santé
famille
retraite
services

ACTION SOCIALE SASPA

ESSS09364

DEMANDE D'AIDE MENAGERE

(Pour les GIR 6 ou 5)

❒ 1ère demande ❒ Renouvellement

Caisse d'affiliation : MSA _____

(A remplir par l'ASS SASPA, si différente de la caisse de résidence)

Conditions d'attribution :

- Etre bénéficiaire du SASPA et percevoir l'allocation supplémentaire (ex. Fonds national de solidarité)
- Ne pas avoir la qualité de veuve de guerre (aides accordées par l'Office Départemental des anciens combattants)
- Ne pas avoir de dettes envers le SASPA
- Disposer de capitaux mobiliers inférieurs à 12 000 € **(total du solde de tous les comptes bancaires et placements divers)**
- Ne pas bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou de l'aide ménagère au titre de l'aide sociale

Ce document doit être dûment complété et retourné ***avec tous les justificatifs*** :

Par courrier : Site de numérisation SASPA
15 avenue Paul Doumer
54507 Vandoeuvre-lès-Nancy cedex

OU

Par votre Espace privé sur le site internet MSA :
Rubriques : Contacts & échanges / Envoyer un document
Indiquez dans votre message : « Demande d'aide ASS SASPA »

DEMANDEUR	**Numéro de sécurité sociale :** I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I *(Numéro sur la carte vitale)* **Nom :** _____ **Prénoms :** _____ **Adresse :** _____ **Code Postal :** I__I__I__I__I__I **Ville :** _____ **Téléphone :** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Situation familiale :** ❒ Célibataire ❒ En couple ❒ Veuf(ve) **Votre lieu de résidence :** ❒ Vous vivez à votre domicile ❒ Vous êtes hébergé
CONJOINT	**Numéro de sécurité sociale** : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I *(Numéro sur la carte vitale)* **Le conjoint est :** ❒ Retraité ❒ En activité ❒ Allocataire du SASPA Le conjoint bénéficie-t-il de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ? ❒ Oui** ❒ Non
AIDE SOLLICITÉE	**Motif(s) :** ❒ entretien du logement ❒ l'habillage ❒ la prise de repas ❒ les déplacements dans le logement ❒ faire les courses ❒ la préparation des repas ❒ l'achat des médicaments **Nombre d'heures :** _____ heures par mois *(Pour les 1ères demandes : 12h/mois maximum)* **Période :** du _____ au _____ *(3 ans maximum)* Je bénéficie de l'aide ménagère au titre de l'aide sociale : ❒ Oui ❒ Non *(décision à fournir obligatoirement)* Je bénéficie de l'aide ménagère au titre de l'APA : ❒ Oui** ❒ Non
PRESTATAIRE D'AIDE À DOMICILE AGRÉÉ CHOISI POUR L'INTERVENTION	**Raison sociale :** _____ **Adresse :** _____ **Code Postal :** I__I__I__I__I__I **Ville :** _____ **Téléphone :** I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I **Mail :** _____

La MSA vérifie l'exactitude des déclarations (Article L.114-9 du Code de la Sécurité Sociale – Article L.851-2 du Code de la Construction et de l'Habitation). La loi punit quiconque se rend coupable de fraude, de fausse déclaration, de manquement aux obligations déclaratives, d'inexactitude ou de caractère incomplet des informations recueillies (Article L.583-3 du Code de la Sécurité Sociale – Article L.852-1 du Code de la Construction et de l'Habitation – sans préjudice des sanctions pénales encourues).

Pour l'étude et la gestion de vos droits, vos données personnelles sont traitées par la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole – 19, rue de PARIS 93000 Bobigny, qui a désigné un Délégué à la Protection des Données. Au titre du Règlement Général européen sur la Protection des Données (RGPD) et de la Loi Informatique et Libertés (LIL) modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de suite aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au directeur de votre caisse de MSA de rattachement, par courrier postal signé accompagné d'une pièce d'identité signée.

Si la réponse apportée ne vous paraît pas satisfaisante, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Certaines de vos informations peuvent être transmises à nos partenaires, dans le cadre de nos missions. Vos informations sont conservées au maximum pendant 6 ans après la fin de votre relation avec la branche Famille ou jusqu'à l'intervention d'une décision définitive en cas de contentieux ou encore au titre des obligations qui pèsent sur le directeur comptable et financier de la CCMSA. Toute décision administrative individuelle automatisée ou profilage est effectuée dans le respect de l'article L.311-3-1 et du chapitre Ier du titre Ier du livre IV du code des relations entre le public et l'administration. Ultérieurement, vos données pourront être utilisées à des fins d'évaluation de politiques publiques, de lutte contre le non recours au droit, de statistiques, recherches et études.

Fait à : _____ Le : ____/____/_____

Signature du demandeur

JUSTIFICATIFS Toutes les pièces doivent être fournies obligatoirement	• Grille AGGIR dûment remplie • Notification de décision du Conseil départemental pour l'aide ménagère au titre de l'aide sociale (moins 18 mois) ***[/!\ Obligatoire pour les 1ères demandes et les renouvellements d'aide ménagère]*** • Déclaration de ressources complétée et signée *(Avis d'imposition non accepté)* ***[/!\ indiquez les montants présents sur les comptes bancaires livrets et placements divers]*** ***Si bénéficiaire APA :* Fournir le Plan d'Aide Personnalisé (PAP) accordé par le Conseil départemental

santé
famille
retraite
services

ACTION SOCIALE SASPA

ESSS09364

DEMANDE D'AIDE MENAGERE

(Pour les GIR 6 ou 5)

❒ 1ère demande ❒ Renouvellement

Caisse d'affiliation : MSA _____

(A remplir par l'ASS SASPA, si différente de la caisse de résidence)

DEMANDEUR	**Numéro de sécurité sociale** : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Nom :** _____ **Prénoms :** _____ **Adresse :** _____ **Code Postal :** |__|__|__|__|__| **Ville :** _____
EVALUATEUR	❒ **Médecin** ❒ **Structure d'aide à domicile** ❒ **Travailleur social** **Raison sociale :** _____ **Personne à contacter :** _____ **Adresse :** _____ **Code Postal :** |__|__|__|__|__| **Ville :** _____ **Téléphone :** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Mail :** _____

GRILLE AGGIR

Date de l'évaluation *(JJ/MM/AAAA)*							
Activités réalisées par la personne		**NFP** *Ne fait pas*	**S** *Ne fait pas spontanément*	**T** *Ne fait pas totalement*	**C** *Ne fait pas correctement*	**H** *Ne fait pas habituellement*	**Fait sans problème**
1. Transfert							
2. Déplacements à l'intérieur							
3. Toilette	*haut*						
	bas						
4. Elimination	*urinaire*						
	fécale						
5. Habillage	*haut*						
	moyen						
	bas						
6. Cuisine *(préparer ses repas)*							
7. Alimentation *(prendre ses repas)*	*se servir*						
	manger						
8. Suivi du traitement							
9. Ménage							
10. Alerter							
11. Déplacements à l'extérieur							
12. Transport							
13. Activités du temps libre							
14. Achats							
15. Gestion							
16. Orientation	*dans le temps*						
	dans l'espace						
17. Cohérence	*communication*						
	comportement						

Grille disponible sur le site : https://www.ibou.fr/files/aggir/grille.php

GIR _____

ESCO06707

santé
famille
retraite
services

ACTION SOCIALE SASPA

Caisse d'affiliation : MSA _____
(A remplir par l'ASS SASPA, si différente de la caisse de résidence)

Montants présents sur les comptes bancaires, épargne et placements

(Avis d'imposition, avis de paiement CAF ou avis de paiement MSA non acceptés)

DEMANDEUR	**Numéro de sécurité sociale** : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I *(Numéro sur la carte vitale)* Nom : _____ Prénoms : _____ Adresse : _____ Code Postal : I__I__I__I__I__I Ville : _____

Merci d'indiquer dans le tableau ci-dessous, **le <u>MONTANT</u> présent sur chacun de vos comptes bancaires (en positif ou en négatif), livrets et placements** au moment de la demande.

<u>ATTENTION</u> : le Montant " 0 € " ne sera pas accepté.

	Montant en euros sur vos comptes, épargne et placements
Compte courant	€
Livret A	€
Livret B	€
Compte épargne sur livret	€
Livret d'Epargne Populaire (LEP)	€
Livret de Développement Durable et Solidaire (LDDS)	€
Obligations - Actions	€
Plan Epargne en Action (PEA)	€
Plan Epargne Logement (PEL)	€
Compte Epargne Logement (CEL)	€
Comptes à terme (CAT)	€
Autres (assurance-vie, etc.)	€

Fait à : _____ Le : ____/____/_____

Signature du demandeur

La MSA vérifie l'exactitude des déclarations (Article L.114-9 du Code de la Sécurité Sociale – Article L.851-2 du Code de la Construction et de l'Habitation). La loi punit quiconque se rend coupable de fraude, de fausse déclaration, de manquement aux obligations déclaratives, d'inexactitude ou de caractère incomplet des informations recueillies (Article L.583-3 du Code de la Sécurité Sociale – Article L.852-1 du Code de la Construction et de l'Habitation – sans préjudice des sanctions pénales encourues).

Pour l'étude et la gestion de vos droits, vos données personnelles sont traitées par la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole – 19, rue de PARIS 93000 Bobigny, qui a désigné un Délégué à la Protection des Données. Au titre du Règlement Général européen sur la Protection des Données (RGPD) et de la Loi Informatique et Libertés (LIL) modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de suite aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au directeur de votre caisse de MSA de rattachement, par courrier postal signé accompagné d'une pièce d'identité signée.

Si la réponse apportée ne vous paraît pas satisfaisante, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Certaines de vos informations peuvent être transmises à nos partenaires, dans le cadre de nos missions. Vos informations sont conservées au maximum pendant 6 ans après la fin de votre relation avec la branche Famille ou jusqu'à l'intervention d'une décision définitive en cas de contentieux ou encore au titre des obligations qui pèsent sur le directeur comptable et financier de la CCMSA. Toute décision administrative individuelle automatisée ou profilage est effectuée dans le respect de l'article L.311-3-1 et du chapitre Ier du titre Ier du livre IV du code des relations entre le public et l'administration. Ultérieurement, vos données pourront être utilisées à des fins d'évaluation de politiques publiques, de lutte contre le non recours au droit, de statistiques, recherches et études.