

- Hébergement temporaire  
 Accueil de jour ou de nuit

Document à remettre à votre CMCAS

## 1 Vous-même

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

Votre nom d'époux ou d'épouse (s'il y a lieu) : .....

Si vous portez un autre nom, indiquez-le : .....

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

Votre NIA :

Etes-vous retraité du Régime Général ? OUI  NON

Votre date de naissance ?

Votre numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité)

Votre courriel : .....

Votre adresse : .....

Code postal :      Commune : .....

## 2 Votre situation de famille

**Vous êtes :**  célibataire  veuf (ve)  séparé(e)  divorcé(e)

**Si vous vivez en couple :**  vous êtes marié(e)  vous avez conclu un pacs  vous vivez en concubinage

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

Son nom (de naissance) : ..... Son nom d'époux ou d'épouse : .....

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

Si vous portez un autre nom, indiquez-le : .....

Sa date de naissance ?

Est-il/elle retraité (e) du Régime Général ? OUI  NON

Est-il/elle hébergé(e) en établissement ? OUI  NON

## 4 Votre demande d'aide

**Vous souhaitez obtenir une aide pour :**  un hébergement temporaire dans un établissement (20 jours maximum par an)  
 un accueil de jour ou de nuit dans un établissement (50 jours et/ou nuits maximum par an)

⇒ **Votre demande est-elle liée à une modification récente de votre situation ?** OUI  NON

Si oui, précisez cette situation :

- Départ ou décès du conjoint ou d'un membre de la famille,  
 Dégradation subite de votre état de santé,  
 Travaux dans le logement  
 Absence momentanée des aidants  
 Autre : précisez : .....

## 5 Votre situation au regard des aides légales

➤ **Attention pour bénéficiaire de cette prestation, vous ne devez pas percevoir :**

- l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)\*
- la prestation spécifique dépendance (PSD)
- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)
- la prestation de compensation du handicap (PCH)
- la majoration pour tierce personne (MTP)

\*Sauf si votre plan d'actions ne mentionne pas cette prestation

**Vous devez également être classé en GIR 5 ou 6 après l'évaluation de vos besoins réalisée par une structure évaluatrice.**

---

## 6 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 :**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal :           Commune : .....

Courriel : .....

Numéro de téléphone :

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

<b>7 Pièces justificatives</b>	
<p><b>Vous venez de remplir votre demande d'aide.</b>  <b>Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre :</b></p>	
➔	une photocopie de votre dernier avis d'imposition sur le revenu, ainsi que celui de votre conjoint, concubin ou partenaire PACS
<b>Important :</b>	<p>Vos droits seront calculés en fonction des ressources figurant sur votre avis d'imposition. Si votre situation a évolué depuis la date de ce document (séparation, veuvage, modification importante des ressources), <b>complétez la déclaration de revenus page suivante.</b>            A défaut, ce sont les ressources de l'avis d'imposition qui seront prises en compte.</p>
➔	La copie du plan d'actions si vous percevez l'APA
➔	une photocopie de votre dernier bulletin de pension CNIEG et autres organismes.
<p><b>Si vous bénéficiez d'un régime de protection juridique, vous devez aussi fournir :</b></p>	
➔	la copie du jugement de curatelle, de tutelle 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 celle de mon conjoint et tout changement de domicile,
- à rembourser à ma CMCAS les sommes éventuellement versées à tort.
- à faciliter toute enquête.

Fait à : .....

Le :

Votre signature :

## A compléter en cas de changement de situation

### Déclaration de revenus

**Si vos revenus ont évolué depuis la date de votre dernier avis d'imposition (séparation, veuvage,), complétez le tableau ci-dessous** en indiquant le dernier montant mensuel perçu (attention aux revenus trimestriels, les chiffres à reporter ci-dessous doivent être mensuels).

Natures des ressources	Montant mensuel perçu par vous-même	Montant mensuel perçu par votre conjoint
Pension, retraites, rentes		
Pensions alimentaires		
Traitements, salaires ou revenus d'activités		
Allocations de préretraite ou de chômage		
Rentes viagères à titre onéreux		
Revenus des valeurs et capitaux mobiliers		
Revenus fonciers		
Autres revenus, précisez : ..... ..... ..... ..... .....		

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS. Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS  
 .Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : CCAS – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX.  
 Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.