

**PRESTATIONS D'ACTION
SANITAIRE ET SOCIALE
ESSS10143-42**

**DEMANDE D'AIDE AU MAINTIEN A DOMICILE
Portage des repas - Téléassistance**

1 ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM : **PRENOM :**

ADRESSE :

N° MATRICULE MSA **Téléphone :**

SITUATION FAMILIALE : Célibataire Marié(e) Veuf(ve)
Séparé(e) Divorcé(e) Vie maritale

2 REGIME DE RETRAITE

Retraite agricole exploitant Retraite agricole salarié Autre (préciser) :
Retraite régime général (CRAM) Retraite artisanale/commerciale

3 INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Bénéficiez-vous de l'allocation Personnalisée à l'autonomie ? OUI NON
Avec participation financière aux repas ? OUI NON
Avec participation financière à la téléassistance OUI NON

La demande est -elle faite : pour vous ou pour vous et votre conjoint :

4 ETAT CIVIL DU CONJOINT

NOM : **PRENOM :**

N° MATRICULE MSA

5 REGIME DE RETRAITE DU CONJOINT

Retraite agricole exploitant Retraite agricole salarié
Retraite régime général (CRAM) Retraite artisanale/commerciale
Autre :

6 INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES CONCERNANT LE CONJOINT

Bénéficiez-vous de l'allocation Personnalisée à l'autonomie ? OUI NON
Avec participation financière aux repas ? OUI NON
Avec participation financière à la téléassistance OUI NON
**Une personne autre que votre conjoint vit-t-elle à votre foyer ? OUI lien de parenté : NON

Merci de compléter les éléments au verso du questionnaire :

Selon votre demande, veuillez compléter les éléments ci-après :

<input type="checkbox"/> TELEASSISTANCE	<input type="checkbox"/> PORTAGE DE REPAS
Nom et adresse du prestataire de service :	Nom et adresse du prestataire de service :
Date de mise en place du service :/...../.....	Date de mise en place du service :/...../.....
Coût de l'installation : € Bénéficiez-vous d'une aide à l'installation ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui , montant de l'aide : € Montant restant à charge : € Coût mensuel de l'abonnement à charge : €	

J'atteste sur l'honneur avoir déclaré l'intégralité du montant des capitaux placés, du compte courant et des assurances vie, imposables et non imposables, pour l'ensemble de mon foyer, sur l'imprimé joint ESS05485.

A, le

***Signature**

* J'autorise la MSA COTES NORMANDES et les différents organismes et structures en lien avec ma demande à échanger toutes les informations nécessaires à la constitution de mon dossier dans le cadre de ma demande d'aide.

Pièces à joindre obligatoirement au dossier :

- Photocopie l'avis d'imposition 2023 sur revenus 2022.
- Copie du plan d'aide APA si le demandeur ou le conjoint bénéficie de l'APA.
- Le document ESS05485 (joint) complété et signé par vos organismes bancaires.
- Pour la téléassistance, joindre le contrat d'adhésion et l'échéancier de l'année d'adhésion.

RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS ET DES INTÉRÊTS PERÇUS OU CAPITALISÉS, IMPOSABLES OU NON, POUR L'ENSEMBLE DU FOYER

**PRESTATIONS D'ACTION
SANITAIRE ET SOCIALE
ESSS05485**

NOM : Prénom

N° allocataire :

ATTENTION :
ce document est à faire compléter par l'ensemble de vos
organismes financiers (banque, assurances...)
des photocopies peuvent être faites si nécessaire

PRODUITS	CAPITAL à la date de la demande			INTÉRÊTS PERÇUS OU CAPITALISÉS de l'année écoulée		
	Demandeur	Conjoint	Compte-joint	Demandeur	Conjoint	Compte-joint
Compte courant	€	€	€	€	€	€
Livret d'épargne	€	€	€	€	€	€
Livret A	€	€	€	€	€	€
Livret B	€	€	€	€	€	€
Livret d'épargne populaire (LEP)	€	€	€	€	€	€
Livret, Plan ou compte épargne logement	€	€	€	€	€	€
Livret développement durable	€	€	€	€	€	€
Bons d'épargne, bons de caisse, bons de capitalisation	€	€	€	€	€	€
Epargne assurance vie	€	€	€	€	€	€
Plan épargne populaire	€	€	€	€	€	€
Obligation - Actions	€	€	€	€	€	€
SICAV et Fonds communs de placement	€	€	€	€	€	€
Bons anonymes	€	€	€	€	€	€
Autres (préciser)	€	€	€	€	€	€

Je soussigné(e) M ou Mme Né(e) le

Adresse :

- autorise les organismes bancaires et financiers à fournir tous les renseignements utiles sur le montant des intérêts de capitaux placés et produits d'épargne,
- atteste faire compléter le même imprimé par chaque organisme auprès duquel je détiens un compte.

A le *Signature :

Visa de l'établissement bancaire ou de l'organisme financier

L'établissement bancaire :

L'organisme financier :

atteste que M. ou Mme : n'a pas, à ce jour dans notre établissement, d'autres formes d'épargne que celles indiquées ci-dessus.

A le

Signature :

* J'autorise la MSA COTES NORMANDES et les différents organismes et structures en lien avec ma demande à échanger toutes les informations nécessaires à la constitution de mon dossier dans le cadre de ma demande d'aide.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (Art. L114-13 du code de la Sécurité sociale et arts 313-1, 433-19, 441-1, 441-7 du code pénal).

Adresse postale : MSA CÔTES NORMANDES – 37 rue de Maltot -14026 Caen cedex