

**SERVICE PRESTATIONS D'ACTION
 SANITAIRE ET SOCIALE**
 ECASS14019-17

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
 Retraite régime général (CARSAT) Retraite artisanale/commerciale Autre (préciser) :

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 (CARSAT) 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-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 ESSSO5485.

A, le **Signature**

Pièces à joindre obligatoirement au dossier :

- Photocopie l'avis d'imposition 2017 sur revenus 2016
- Copie du plan d'aide APA si le demandeur ou le conjoint bénéficie de l'APA
- Le document ESSSO5485 (joint) complété et signé par vous-même et vos organismes bancaires.

Attention : si vous avez répondu « OUI » à la question « une personne autre que votre conjoint vit-elle à votre foyer ? », cette personne doit également faire compléter le relevé de capitaux (ESSSO5485) par ses différents organismes bancaires et le joindre avec votre dossier et l'ensemble des pièces à joindre.



MSA Côtes Normandes

Siège social

37 rue de Maltot

14026 CAEN CEDEX 9

contact@cotesnormandes.msa.fr

Tél. 02 31 25 39 39

www.msa-cotesnormandes.fr

Adressez vos courriers à :

MSA Côtes Normandes

CS 80205

50005 SAINT LO CEDEX

Relevé de capitaux placés et non placés et des intérêts perçus ou capitalisés, imposables ou non, pour l'ensemble du foyer
ATTENTION : ce document est à faire compléter par l'ensemble de vos organismes financiers (banque et assurance), des photocopies peuvent être faites si nécessaire

NOM Prénom : **N° INSEE :**

PRODUITS	CAPITAL - A la date de la demande			INTERETS PERCUS OU CAPITALISES (de l'année écoulée)		
	Demandeur	Conjoint	Compte-joint	Demandeur	Conjoint	Compte-joint
Compte courant (montant à indiquer)	€	€	€	€	€	€
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 obligatoire :

**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 :