

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

ECASS14017

**DEMANDE D'AIDE AU MAINTIEN A DOMICILE  
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 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 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 :

Nom et adresse du prestataire de service : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date de mise en place du service : ...../...../.....

Coût mensuel de l'abonnement : ..... €

**Si vous vivez en foyer-logement** : au moment de la demande, joindre une facture nominative, indiquant le montant de l'abonnement de la prestation téléassistance pour un mois ; Cette facture fera foi pour l'année civile en cours, et vous sera réclamée à chaque début d'année.

***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 ESSS05485.***

A ....., le ..... **Signature**

**Pièces à joindre obligatoirement au dossier :**

- Photocopie l'avis d'imposition 2020 sur revenus 2019,
- Copie du plan d'aide APA si le demandeur ou le conjoint bénéficie de l'APA,
- Le document ESSS05485 (joint) complété et signé par vous-même et vos organismes bancaires,
- Pour les personnes vivant à leur domicile : l'échéancier de l'année.

**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 (ESSS05485) par ses différents organismes bancaires et le joindre avec votre dossier et l'ensemble des pièces à joindre.

**Adressez vos courriers à**

MSA Côtes Normandes

CS 80205

50005 SAINT-LÔ CEDEX

Tél. 02 31 25 38 80

cotesnormandes.msa.fr

**Siège social**

MSA Côtes Normandes

37 rue de Maltot

14000 caen

## 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			INTERETS 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 : .....