

DEMANDE D'AIDE À L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

Aide destinée aux pensionnés de 65 ans et plus
ou aux pensionnés de 60 à 64 ans en cas d'inaptitude totale et définitive au travail.



Identité du demandeur

Numéro de sécurité sociale : _____

Numéro de pension Enim :

Date de naissance : / /

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____ Pays : _____

Téléphone :

Courriel : _____ @ _____

Situation de famille

Célibataire

Divorcé(e)/Séparé(e), depuis le / /

Marié(e)/Pacsé(e)/Concubin(e), depuis le / /

Veuf(ve), depuis le / /

Identité du conjoint(e) ou du partenaire

Nom et Prénom : _____

Date de naissance : / / Profession : _____

Numéro de sécurité sociale :

Autres personnes vivant au foyer

Nom et Prénom	Profession ou situation	Date de naissance	Lien de parenté

Renseignements sur le demandeur

Êtes-vous bénéficiaire de la Prestation de Compensation du handicap (PCH) ?

OUI, précisez la date de notification : / /

NON

Êtes-vous bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ?

OUI, précisez la date de notification : / /

NON

Une demande d'APA a-t-elle été formulée auprès du Conseil Départemental de votre résidence ?

OUI, précisez la date de la demande : / /

NON

Précisez pour qui la demande a été formulée : _____

Mode de logement

Propriétaire Locataire Foyer logement Autre (à préciser) : _____

DEMANDE D'AIDE À L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

Numéro de sécurité sociale : _____



Ressources mensuelles

Indiquer l'ensemble des ressources mensuelles perçues par le foyer

	Demandeur	Conjoint(e) / Partenaire	Enfant ou autre personne résidant au foyer
Pension Enim			
Pension autres régimes (1)			
Salaire, Indemnités Journalières, Indemnités France travail, RSA (2)			
Autres revenus (Prime d'activité, Complément employeur ou prévoyance, Allocation adulte / enfant handicapé ...)			
Revenus fonciers et/ou mobiliers			
TOTAL			

(1) Merci de préciser l'origine des autres pensions : CARSAT, ARRCO, AGIRC, MSA, etc.

(2) Merci de préciser la nature du revenu

Charge à déduire

Pension alimentaire versée (à justifier) : _____

Ressources exceptionnelles

Nature (Exemples : Rappel de prestations familiales, capital décès)	Montant
	€
	€
	€

ENGAGEMENT

Je soussigné(e) (nom et prénom(s) du signataire)

Accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à un organisme conventionné avec l'Enim pour permettre l'instruction de ma demande

Autorise l'organisme prestataire de service : _____ à percevoir pour mon compte le versement direct du montant de la participation qui m'est allouée par l'Enim.

Je m'engage à :

- signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et de tout changement de domicile
- à faire connaître toute modification de ma situation au regard de l'APA et de la PCH
- régler à l'Enim les sommes éventuellement versées à tort
- faciliter toute enquête.

Je certifie sur l'honneur l'authenticité des pièces et des renseignements fournis.

Fait à _____ le / /

Signature obligatoire :

DEMANDE D'AIDE À L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

Numéro de sécurité sociale : _____



PAGE À COMPLÉTER PAR LE PRESTATAIRE DE SERVICE

Questionnaire d'autonomie

Situation au regard des actes essentiels et ordinaires de la vie :

A : fait spontanément seul, totalement, régulièrement et correctement

B : fait partiellement, incorrectement, irrégulièrement ou sur incitation

C : ne fait pas, ne peut pas ou ne veut pas le faire.

			A	B	C
1	Cohérence	Conserver et se comporter de façon sensée			
2	Orientation	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
3	Toilette	Concerne l'hygiène corporelle : se laver habituellement et correctement	Haut		
			Bas		
4	Habillage	S'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut		
			Moyen		
			Bas		
5	Alimentation	Se servir et manger les aliments préparés	Se servir		
			Manger		
6	Élimination	Assurer l'hygiène de l'élimination	Urinaire		
			Fécale		
7	Transfert	Se lever, se coucher, s'asseoir			
8	Déplacement intérieur	Se déplacer à l'intérieur du domicile avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...			

Les aides procurées par les lunettes, prothèses, fauteuil roulant, etc. sont considérés comme faisant partie de la personne (Exemple : une personne en fauteuil roulant, capable de s'en servir facilement dans un logement sans obstacle, sera évaluée « A » pour la variable n° 8 « Déplacement intérieur »).

Motif de la demande

Nombre d'heures demandées par mois : _____ heures

Pour la période du / / au / /

Signature du prestataire de service

Fait à _____ le / /

Cachet du prestataire :

Signature du représentant du prestataire de service :

DEMANDE D'AIDE À L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

Numéro de sécurité sociale : _____



PAGE À COMPLÉTER PAR LE SERVICE SOCIAL

Evaluation de la situation

Contexte, motifs de la demande, propositions :

Plan d'action mis en place :

Date de l'enquête : / /

Signature de l'assistant(e) de service social

Courriel de l'assistant(e) de service social : _____ @ _____

Fait à _____ le / /

Signature de l'assistant(e) de service social :

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

Pour les pensionnés de 65 ans et plus :

- Le formulaire de demande dûment complété et signé
- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Le certificat médical établi par le médecin
- L'évaluation sociale établie par le Service Social Maritime datée et signée
- Le RIB du prestataire de service comportant les codes BIC et IBAN

Pour les pensionnés de 60 à 64 ans :

- L'imprimé de demande dûment complété et signé
- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Le certificat médical établi par le médecin
- Certificat médical d'invalidité totale et définitive au travail
- L'évaluation sociale établie par le Service Social Maritime datée et signée
- Le RIB du prestataire de service comportant les codes BIC et IBAN

Dans ces deux situations, si votre conjoint est placé en hébergement définitif, fournir :

- Les justificatifs des frais d'hébergement en établissement d'hébergement définitif datant de moins de 3 mois.

L'Enim se réserve le droit de demander toute pièce justificative estimée nécessaire à l'étude du dossier.

LE DOSSIER COMPLET EST À RETOURNER À L'ADRESSE SUIVANTE :

Enim - Département des politiques sociales maritimes de l'action sanitaire et sociale et des préventions (DPAP)

27 quai de Solidor
CS 31854
35418 Saint-Malo Cedex

action.sociale@enim.eu