

# DEMANDE D'AIDE MÉNAGÈRE À DOMICILE ET D'AIDE À LA TÉLÉASSISTANCE

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.



Cocher la(es) case(s) correspondante(s) à(aux) l'aide(s) demandée(s)

- Aide ménagère à domicile (65 ans et plus) *Formulaire à compléter par un organisme d'aide ménagère conventionné avec l'Enim*  
Concernant l'aide ménagère :  Demande initiale  Renouvellement  Augmentation d'heures
- Aide à la téléassistance (75 ans et plus et bénéficiaire de l'aide-ménagère à domicile) *Formulaire à compléter par le demandeur si déjà bénéficiaire de l'aide ménagère à domicile ou par un organisme d'aide ménagère conventionné avec l'Enim si non bénéficiaire de l'aide ménagère à domicile*

## Identité du demandeur

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Numéro de pension Enim :          
Date de naissance :   /   /      
Nom et Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal :      Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
Téléphone :          
Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## 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 MÉNAGÈRE À DOMICILE ET D'AIDE À LA TÉLÉASSISTANCE

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)   | _____<br>_____<br>_____ | _____<br>_____<br>_____  | _____<br>_____<br>_____                    |
| Salaire, Indemnités Journalières,<br>Indemnités France travail, RSA (2)  | _____<br>_____<br>_____ | _____<br>_____<br>_____  | _____<br>_____<br>_____                    |
| Autres revenus (Prime d'activité,<br>Complément employeur ou<br>prévoyance, Allocation adulte /<br>enfant handicapé ...) | _____<br>_____<br>_____ | _____<br>_____<br>_____  | _____<br>_____<br>_____                    |
| Revenus fonciers et/ou mobiliers   | _____                   | _____                    | _____                                      |
| <b>TOTAL</b>   | _____                   | _____                    | _____                                      |

(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) : \_\_\_\_\_

### 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 MÉNAGÈRE À DOMICILE ET D'AIDE À LA TÉLÉASSISTANCE

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_



## Questionnaire d'autonomie à compléter par le prestataire de service

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 | <b>Cohérence</b>             | Conserver et se comporter de façon sensée   |           |   |   |
| 2 | <b>Orientation</b>           | Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux                       |           |   |   |
| 3 | <b>Toilette</b>              | Concerne l'hygiène corporelle : se laver habituellement et correctement                     | Haut      |   |   |
|   |                              |   | Bas       |   |   |
| 4 | <b>Habillage</b>             | S'habiller, se déshabiller, se présenter  | Haut      |   |   |
|   |                              |   | Moyen     |   |   |
|   |                              |   | Bas       |   |   |
| 5 | <b>Alimentation</b>          | Se servir et manger les aliments préparés   | Se servir |   |   |
|   |                              |   | Manger    |   |   |
| 6 | <b>Élimination</b>           | Assurer l'hygiène de l'élimination  | Urinaire  |   |   |
|   |                              |   | Fécale    |   |   |
| 7 | <b>Transfert</b>             | Se lever, se coucher, s'asseoir   |           |   |   |
| 8 | <b>Déplacement intérieur</b> | 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  /  /

## À remplir par le prestataire de service

Fait à \_\_\_\_\_ le  /  /

Cachet du prestataire :

Signature du représentant du prestataire de service :

# DEMANDE D'AIDE MÉNAGÈRE À DOMICILE ET D'AIDE À LA TÉLÉASSISTANCE

## 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 prescrivant le nombre d'heure d'aide-ménagère

### 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 prescrivant le nombre d'heure d'aide-ménagère
- Certificat médical d'inaptitude totale et définitive au travail

### 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

### Pièces complémentaires à joindre à l'aide à la téléassistance :

- La facture et/ou l'échéancier de l'abonnement annuel au service de téléassistance.

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

## LE DOSSIER COMPLÉTÉ 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