

DEMANDE D'ALLOCATION REPRÉSENTATIVE DE SERVICES MÉNAGERS

Aide destinée aux personnes de 60 à 64 ans



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'ALLOCATION REPRÉSENTATIVE DE SERVICES MÉNAGERS



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'ALLOCATION REPRÉSENTATIVE DE SERVICES MÉNAGERS

Numéro de sécurité sociale : _____



PAGE À COMPLÉTER PAR LE PRESTATAIRE DE SERVICE

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'ALLOCATION REPRÉSENTATIVE DE SERVICES MÉNAGERS



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 :

DEMANDE D'ALLOCATION REPRÉSENTATIVE DE SERVICES MÉNAGERS



LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- L'imprimé 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

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