

## Service Action Sanitaire et Sociale

### AIDES MENAGERES

Vous êtes dans l'incapacité d'assumer les tâches ménagères de première nécessité (ménage, courses, préparation des repas) du fait de votre état de santé, vous pouvez sous certaines conditions, bénéficier d'une aide financière ponctuelle pour des prestations d'aide-ménagère à domicile.

#### Cas particuliers

SITUATION	ORGANISME COMPETENT
Si vous percevez une pension de retraite à titre personnel	Vous devez vous adresser à votre caisse de retraite (CARSAT etc...)
Si vous avez au moins un enfant de moins de 14 ans au domicile	Vous devez vous adresser à l'association ADIAF (☎ 04.72.43.96.79) ou l'ADMR (☎ 04.74.26.78.78)
Si vous dépendez de la MSA, de la Sécurité sociale indépendants (ex RSI)	Vous devez vous adresser à votre organisme d'affiliation
Si vous bénéficiez de la Majoration Tierce Personne versée par la CPAM au titre de l'invalidité catégorie 3, ou de l'aide-ménagère au titre de l'aide sociale du Conseil départemental	Vous ne pouvez prétendre à une aide supplémentaire de l'Action Sanitaire et Sociale de la CPAM du Rhône

#### Assuré

N° Sécurité Sociale \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE.....

☎ Fixe \_ \_ \_ \_ \_

Portable \_ \_ \_ \_ \_

Mail (facultatif) : .....@.....

#### Bénéficiaire des soins

NOM.....PRENOM.....NE(E) LE .....

#### Situation de famille

CELIBATAIRE  MARIE(E)  VIE MARITALE/PACS  DIVORCE(E)/SEPARÉ(E)  VEUF/VEUVE

**NOMBRE DE PERSONNES AU FOYER :** \_ \_ \_

N° allocataire CAF de **toutes les personnes vivant au foyer** : \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_

JUSTIFICATIFS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT	
<b>VOTRE SITUATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Justificatif de domicile de moins de 3 mois</b> (copie quittance de loyer, taxe foncière)</li> <li>➤ Attestation sur l'honneur d'hébergement et quittance de loyer de l'hébergeant</li> <li>➤ copie <b>intégrale</b> de la dernière déclaration de revenus simplifiée ou du dernier avis d'imposition</li> </ul>
<b>VOS SOINS</b>	Si vous n'avez pas réglé vos prestations d'aides ménagères <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>La prescription médicale</b> pour une aide-ménagère précisant le nombre d'heures par semaine et la durée de la période d'intervention nécessaire</li> <li>➤ <b>Un bulletin d'hospitalisation</b> si votre demande fait suite à une sortie d'hôpital</li> <li>➤ <b>Un devis nominatif</b> daté du <b>prestataire d'aide à domicile conventionné avec</b> la CPAM du Rhône (liste sur le site ameli.fr ou contacter le 36 46)</li> <li>➤ <b>La procuration (dernière page)</b> dûment complétée et signée par vous-même <b>et</b> par le prestataire d'aide à domicile</li> </ul>
	Si vous avez réglé vos prestations d'aides ménagères <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>La prescription médicale</b> pour une aide-ménagère précisant le nombre d'heures par semaine et la durée de la période d'intervention nécessaire</li> <li>➤ <b>Un bulletin d'hospitalisation</b> si votre demande fait suite à une sortie d'hôpital</li> <li>➤ <b>Les factures acquittées</b> et les feuillets de présence mensuels du prestataire conventionnée avec la CPAM du Rhône (liste sur le site ameli.fr ou contacter le 36 46)</li> </ul>

NATURE DE VOS RESSOURCES	JUSTIFICATIFS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT	
<b>REVENUS</b>	Salaires nets	Bulletins de salaire
	Chômage	Avis de paiement ou refus du Pôle Emploi
	Indemnités journalières de la Sécurité Sociale	Avis de paiement <b>si versées par un autre organisme</b> que la CPAM du RHONE
	Complément employeur, prévoyance	Avis de paiement ou attestation de non prise en charge
	Revenus d'activité non salariée	Dernier avis d'imposition
<b>PENSIONS ET RENTES</b>	Pension invalidité	Avis de paiement <b>si versée par un autre organisme</b> que la CPAM du RHONE
	Complément invalidité employeur	Avis de paiement ou attestation de non prise en charge
	Pensions de retraites principales et de retraites complémentaires	Attestation de versement
	Pension militaire ou civile	Attestation de versement
	Rente Accident du Travail	Avis de paiement <b>si versé par un autre organisme</b> que la CPAM du RHONE
<b>PRESTATIONS CAF</b>	RSA, Allocation Adulte Handicapé, Prestations familiales, ASF, complément familial...	Attestation de versement de la CAF pour chaque allocataire du foyer
<b>DIVERS</b>	Bourses scolaires et d'études supérieures	Notification d'attribution ou de refus.
	Pension alimentaire versée ou reçue	Justificatif ou jugement de divorce précisant le montant de la pension

## DECLARATION DES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

Vous devez impérativement déclarer les ressources de toutes les personnes vivant sous le même toit et joindre les justificatifs **des 3 derniers mois** qui précèdent votre demande, même si vous êtes hébergé(e)

	NOM PRENOM N° SECURITE SOCIALE	NATURE DES RESSOURCES	MOIS DE -----	MOIS DE -----	MOIS DE -----
ASSURE	Nom :				
	Prénom :				
	N° sécurité sociale :				
	-----				
CONJOINT(E) CONCUBIN(E)	Nom :				
	Prénom :				
	N° sécurité sociale :				
	-----				
ENFANT	Nom :				
	Prénom :				
	N° sécurité sociale :				
	-----				
ENFANT	Nom :				
	Prénom :				
	N° sécurité sociale :				
	-----				
AUTRE PERSONNE (à préciser)	Nom :				
	Prénom :				
	N° sécurité sociale :				
	-----				
AUTRE PERSONNE (à préciser)	Nom :				
	Prénom :				
	N° sécurité sociale :				
	-----				

*Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et /ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L .114-17-1 du Code de la sécurité sociale).*

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements déclarés ci-dessus

**Date :**

**Signature**

*L'attribution d'une aide financière ne constitue pas un droit pour le demandeur. Ces prestations sont allouées selon les critères déterminés par la Commission d'Action Sanitaire et sociale et ne sont pas susceptibles de recours.*

**DOSSIER COMPLET A RETOURNER A L'ADRESSE CI-DESSOUS :**

**CPAM DU RHONE  
69907 LYON CEDEX 20**

**ATTENTION : PROCURATION AU DOS A COMPLETER IMPERATIVEMENT**

## AIDES MENAGERES à DOMICILE Service Action Sanitaire et Sociale

### PROCURATION

Je soussigné(e) .....  
(Nom et prénom de l'assuré)

autorise .....  
(Nom et adresse du **prestataire d'aide à domicile conventionné avec la CPAM du Rhône**)  
.....  
.....

à percevoir le versement de l'aide financière qui me serait éventuellement  
accordée par le Service Action Sanitaire et Sociale de la CPAM du RHONE.

Fait à .....,

le.....

Signature de l'assuré(e)

Signature et cachet  
du Prestataire