santé famille retraite services

ESSS09364

ACTION SOCIALE SASPA

DEMANDE D'AIDE MENAGERE

❒ 1ère demande ❒ Renouvellement

Conditions d'attribution :

- Etre bénéficiaire du SASPA
- Bénéficier de l'allocation supplémentaire (ex. Fonds national de solidarité)
- Ne pas avoir la qualité de veuve de guerre (aides accordées par l'Office Départemental des anciens combattants)
- Ne pas avoir de dettes envers le SASPA
- Disposer de capitaux mobiliers inférieurs à 12 000 € **(total du solde de tous les comptes bancaires et placements divers)**
- Avoir un niveau d'autonomie GIR 5 ou 6
- Ne pas bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou de l'aide ménagère au titre de l'aide sociale

Ce document doit être dûment complété et retourné ***avec tous les justificatifs*** :

Site de numérisation SASPA
15 avenue Paul Doumer
54507 Vandoeuvre-lès-Nancy cedex

DEMANDEUR

Numéro de sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| *(Numéro sur la carte vitale)*

Nom : _____

Prénoms : _____

Adresse : _____

Code Postal : |__|__|__|__|__| **Ville :** _____

Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Situation familiale : ❒ Célibataire ❒ En couple ❒ Veuf(ve)

CONJOINT

Numéro de sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| *(Numéro sur la carte vitale)*

Le conjoint est-il : ❒ Retraité ❒ En activité ❒ Allocataire du SASPA

AIDE SOLLICITEE

Êtes-vous bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ?** ❒ Oui ❒ Non

Relevez-vous de l'aide sociale ? ❒ Oui ❒ Non

Je sollicite une aide pour :
- ❒ l'habillage
- ❒ la prise de repas
- ❒ les déplacements dans le logement
- ❒ entretien du logement
- ❒ faire les courses
- ❒ la préparation des repas
- ❒ l'achat des médicaments

Nombre d'heures : _____ heures par mois

Période : du _____ au _____ (2 ans maximum)

STRUCTURE D'AIDE A DOMICILE CHOISIE POUR L'INTERVENTION

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code Postal : |__|__|__|__|__| **Ville :** _____

Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Mail :** _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.
Je m'engage : - à faciliter toute enquête pour les vérifier,
- à vous faire connaître immédiatement toute modification de ma situation.

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la sécurité sociale.

Fait à : _____ Le : ____/____/_____

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance retraite. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL). La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 à 441-9 du code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti ou non au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la sécurité sociale.

Signature du demandeur :

JUSTIFICATIFS
Toutes les pièces doivent être fournies obligatoirement

- Grille AGGIR dûment remplie
- ***Si bénéficiaire APA :*** Plan d'Aide Personnalisé (PAP) accordé par le Conseil départemental
- Notification de refus de l'aide ménagère au titre de l'aide sociale ***[/!\ Obligatoire pour toutes demandes]***
- Déclaration de ressources complétée et signée

santé famille retraite services

ESSS09364

ACTION SOCIALE SASPA **DEMANDE D'AIDE MENAGERE**

DEMANDEUR	**Numéro de sécurité sociale** : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I **Nom :** _____ **Prénoms :** _____ **Adresse :** _____ **Code Postal :** I__I__I__I__I__I **Ville :** _____
EVALUATEUR	❒ **CCAS** ❒ **Médecin** ❒ **Structure d'aide à domicile** ❒ **Conseil départemental** **Raison sociale :** _____ **Personne à contacter :** _____ **Adresse :** _____ **Code Postal :** I__I__I__I__I__I **Ville :** _____ **Téléphone :** I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I **Mail :** _____

GRILLE AGGIR

Date de l'évaluation *(JJ/MM/AAAA)*							
Activités réalisées par la personne		**NFP** *Ne fait pas*	**S** *Ne fait pas spontanément*	**T** *Ne fait pas totalement*	**C** *Ne fait pas correctement*	**H** *Ne fait pas habituellement*	**Fait sans problème**
1. Transfert							
2. Déplacements à l'intérieur							
3. Toilette	*haut*						
	bas						
4. Elimination	*urinaire*						
	fécale						
5. Habillage	*haut*						
	moyen						
	bas						
6. Cuisine *(préparer ses repas)*							
7. Alimentation *(prendre ses repas)*	*se servir*						
	manger						
8. Suivi du traitement							
9. Ménage							
10. Alerter							
11. Déplacements à l'extérieur							
12. Transport							
13. Activités du temps libre							
14. Achats							
15. Gestion							
16. Orientation	*dans le temps*						
	dans l'espace						
17. Cohérence	*communication*						
	comportement						

Grille disponible sur le site : https://www.ibou.fr/files/aggir/grille.php

GIR	

santé
famille
retraite
services

ACTION SOCIALE SASPA

DECLARATION DE RESSOURCES

ESCO06707

DEMANDEUR	**Numéro de sécurité sociale** : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I *(Numéro sur la carte vitale)* Nom : _____ Prénoms : _____ Adresse : _____ Code Postal : I__I__I__I__I__I Ville : _____

❖ **Montants sur les comptes bancaires, capitaux mobiliers ou valeurs mobilières placés**
(imposables ou non)

	Solde du compte Indiquez le montant présent sur chaque compte au moment de la demande
Compte courant	
Livret A	
Livret B	
Compte épargne sur livret	
Livret d'Epargne Populaire (LEP)	
Livret de Développement Durable et Solidaire (LDDS)	
Obligations - Actions	
Plan Epargne en Action (PEA)	
Plan Epargne Logement (PEL)	
Compte Epargne Logement (CEL)	
Comptes à terme (CAT)	
Autres (assurance-vie, etc.)	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.
Je m'engage : - à faciliter toute enquête pour les vérifier,
- à vous faire connaître immédiatement toute modification de ma situation.

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la sécurité sociale.

Fait à : _____ Le : ____/____/_____

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance retraite. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL). La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 à 441-9 du code pénal).
En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti ou non au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la sécurité sociale.

Signature du demandeur :