

1 Vous-même

Madame Monsieur

Votre nom de famille (nom de naissance) :

Votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu : ex. nom marital) :

Vos prénoms (soulignez votre prénom courant) :

Votre date de naissance :

Téléphone (NÉCESSAIRE pour organiser la prise de rendez-vous et traiter votre demande) :

Vous n'avez pas de numéro de téléphone (merci de cocher la case suivante)

Votre adresse :

Code postal : Commune : Pays :

Votre n° de sécurité sociale :

Êtes-vous : salarié du régime général retraité du régime général (Cnav, Carsat, Cgss)

Si vous êtes retraité du régime général, merci d'indiquer la caisse qui verse votre retraite :

2 Votre situation de famille

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) En concubinage Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants au foyer :

3 Votre conjoint(e) ou partenaire pacsé(e) ou concubin(e)

Son nom de famille (nom de naissance) :

Son nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu : ex. nom marital) :

Ses prénoms (soulignez le prénom courant) :

Son n° de sécurité sociale :

Sa date de naissance : En cas de décès, précisez la date :

Est-il/elle retraité(e) du régime général (Cnav, Carsat, Cgss) ? : Oui Non

Si oui, indiquer la caisse qui verse sa retraite :

Est-il/elle hébergé(e) en établissement ? : Oui Non

4 Votre situation au regard des aides

► Percevez-vous une aide au titre de la dépendance ?

Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou Prestation spécifique dépendance (PSD) : Oui Non

Demande en cours : Oui Non

► Percevez-vous une aide au titre du handicap ?

Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou
Prestation de compensation du handicap (PCH) ou Majoration pour tierce personne (MTP) : Oui Non

Demande en cours : Oui Non

Si oui, indiquez la date depuis laquelle vous percevez l'une de ces aides :

Si non, précisez si pour ces aides :

• vous n'avez pas déposé de demande votre demande est en cours d'instruction

• votre demande a été rejetée (*) vous en avez refusé l'attribution

► Percevez-vous une aide au titre du maintien à domicile par un autre organisme ? : Oui Non

Si oui, précisez l'organisme (CAF, CARSAT, Mutuelle...) :

(*) Si la case est cochée, merci de joindre la copie de la notification de rejet à la présente demande

5 Avez-vous une complémentaire santé (assurance, mutuelle, prévoyance...) ?

Oui (Merci de renseigner les informations ci-dessous) Non (passer directement à la rubrique 6)

Nom de l'organisme :

Adresse mail :

N° de téléphone :

Cette complémentaire propose-t-elle une aide après hospitalisation ? : Oui Non Ne sais pas

6 Vos ressources

► Indiquez ci-dessous le montant mensuel des ressources de votre foyer (comprenant le cas échéant les revenus de votre conjoint, concubin, pacsé ou autre personne) :

