



santé
famille
retraite
services

FORMULAIRE UNIQUE DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE

DES PERSONNES AGEES

MSA ALPES DU NORD
Action Sanitaire et Sociale
73016 CHAMBERY CEDEX

 alpesdunord.msa.fr

 **09 69 36 87 00**

Vous êtes retraité du régime agricole et vous souhaitez bénéficier d'une prise en charge de la MSA pour pouvoir recourir à des services vous permettant de rester à votre domicile.

Vous trouverez dans ce dossier le formulaire de demande d'accompagnement que vous devrez compléter et renvoyer à la MSA qui instruira votre dossier.

Pour mieux connaître les conditions d'intervention de la MSA et pour vous aider à remplir ce dossier, reportez-vous aux informations ci-dessous.

1. Quelles sont les aides attribuées par la MSA ?

La MSA peut prendre en charge différentes formes d'aide pour faciliter la vie quotidienne des retraités à leur domicile.

Ainsi, la MSA peut accorder des prises en charge :

- ▶ Pour des services à domicile : l'entretien du logement, les courses, la préparation des repas, ...
- ▶ Pour d'autres types de services : portage de repas, téléassistance, aide au retour à domicile après hospitalisation ...
- ▶ Pour la réalisation de travaux d'aménagement du logement afin de prévenir la perte d'autonomie

Après l'étude de votre situation et l'évaluation de vos besoins, ces aides pourront vous être proposées en fonction de votre situation personnelle, des services existants à proximité de votre domicile et des offres de services décidées par votre MSA.

2. A qui ces aides peuvent-elles être attribuées ?

Les aides de la branche retraite sont attribuées aux retraités autonomes mais dont les conditions de vie, les ressources, l'âge ou l'état de santé créent une situation de fragilité qui rend nécessaire le recours à une aide pour le maintien à domicile.

Pour pouvoir bénéficier d'une aide d'action sociale de la MSA, il faut :

- ▶ Etre retraité du régime agricole à titre principal
- ▶ Avoir exercé son activité professionnelle la plus longue au régime agricole
- ▶ Répondre aux conditions d'attribution et de ressources définies par la caisse de retraite MSA dont vous dépendez
- ▶ Résider sur le territoire de la caisse

Attention : Vous ne pouvez pas bénéficier d'une aide de la caisse :

- ⇒ Si vous percevez déjà ou si vous êtes éligibles à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), la Prestation de compensation du handicap (PCH) ou la Majoration pour tierce personne (MTP)
- ⇒ Si vous êtes hébergé(e) dans une famille d'accueil pour une prise en charge de services à domicile

3. Quel est le montant des aides versées par la Caisse ?

Le montant des aides dépend de vos ressources et le cas échéant de celles de votre conjoint(e).

Il est déterminé à partir d'un barème défini par la MSA dont vous dépendez et dans la limite du budget d'action sociale disponible.

4. Comment remplir les différentes rubriques du formulaire ?

Complétez bien toutes les rubriques du formulaire. Ces renseignements sont indispensables pour étudier vos droits.

Précisions sur le formulaire :

► Volet administratif

Vos coordonnées (le cas échéant les coordonnées de votre conjoint(e)), et les personnes à contacter

► Vos ressources

Dernier avis d'imposition

► Votre situation au regard des autres aides

Les aides servies par la MSA ne peuvent pas être cumulées avec les prestations indiquées au point 2 de la présente notice. C'est pourquoi nous vous demandons de préciser si vous bénéficiez déjà de l'une de ces prestations

5. A qui envoyer la demande ?

Vous devez envoyer votre demande directement à votre caisse (*voir coordonnées page suivante*)

N'oubliez pas de joindre pour toutes les personnes vivant au foyer :

► Une photocopie de votre dernier avis d'imposition.

6. Comment la demande va-t-elle être traitée?

- ▶ Si ne vous remplissez pas les conditions administratives, une notification de rejet vous sera adressée.
- ▶ Si vous remplissez les conditions administratives, un agent d'une structure habilitée par la MSA chargé de l'évaluation de vos besoins prendra alors rendez-vous avec vous pour évaluer votre situation à votre domicile.

Cette évaluation est indispensable. Elle a pour but de nous aider à mieux définir l'ensemble de vos besoins et nous permettre de vous apporter une réponse adaptée :

- ⇒ En vous proposant si besoin la mise en place de services
- ⇒ En vous donnant des conseils pour bien vivre chez vous.

Lorsqu'elle vous contactera, la personne chargée de l'évaluation vous précisera qu'elle vous appelle à la demande de la MSA. Elle conviendra avec vous de la date et de l'heure d'un rendez-vous à votre domicile et vous en indiquera la durée approximative.

Si vous le souhaitez, cette visite peut se faire en présence d'un membre de votre famille ou d'un proche.

A l'issue du rendez-vous, si votre situation le justifie, il vous sera proposé un plan d'accompagnement personnalisé pour vous aider dans votre vie quotidienne à domicile. Cette proposition sera transmise ensuite par l'évaluateur pour validation à la MSA.

Vous recevrez ensuite un courrier de votre caisse de MSA vous indiquant, en cas d'accord, la nature et le montant des aides qui vous seront attribuées.

7. Comment contacter votre caisse de MSA?

Pour tout renseignement sur votre demande, vous pouvez contacter votre caisse dont les coordonnées sont indiquées ci-dessous :

MSA ALPES DU NORD
Action Sanitaire et Sociale
73016 CHAMBERY CEDEX

📧 alpesdunord.msa.fr

☎ **09 69 36 87 00**

1. A propos de vous...

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom d'époux ou d'épouse (s'il y a lieu, en majuscules)

Nom de naissance (en majuscules):

Prénoms (souligner le prénom usuel)

N° de sécurité sociale :

Date de naissance

Votre statut professionnel :

☐ Retraité(e) Salarié(e) ☐ Retraité(e) Non Salarié(e)

Votre adresse :

N° Nom de la voie

Code postal : Commune :

Vos coordonnées téléphoniques :

Téléphone domicile Téléphone portable

Votre situation familiale :

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

La personne à contacter pour le suivi de votre dossier

Nom : Prénom

Nature du lien :

Téléphone domicile : Téléphone portable

2. VOTRE CONJOINT

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom d'époux ou d'épouse (*s'il y a lieu, en majuscules*):

Nom de naissance (*en majuscules*)

Prénoms (*souligner le prénom usuel*)

N° de sécurité sociale :

Date de naissance

3. LES AUTRES PERSONNES VIVANT AU SEIN DU FOYER

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom

Prénom

Date de naissance

Nature du lien :

Téléphone domicile :

Téléphone portable

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom

Prénom

Date de naissance

Nature du lien :

Téléphone domicile :

Téléphone portable

4. Régime(s) de retraite et ressources

4.1 - Retraites et pensions :

Dernier montant mensuel perçu	VOUS	VOTRE CONJOINT
Régime agricole		
Régime général		
Autres régimes		
Retraite complémentaire : à préciser :		
Autres pensions (ancien combattant...) : à préciser		
Pension d'invalidité, AAH, autres : à préciser		

4.2 – Vos revenus :

	VOUS	VOTRE CONJOINT
Eléments de votre avis d'imposition :	ou foyer fiscal si un seul avis d'imposition	si avis d'imposition séparé
Revenu Brut Global		
Revenus soumis aux prélèvements libératoires		
Autres revenus :		
Intérêts des livrets d'épargne (livret A, LDD, LEP)		

5. Votre demande est-elle liée à une modification récente de votre situation ?

☐ Oui ☐ Non

6. Etes-vous concerné(e) par l'une ou plusieurs des situations décrites ci-dessous ?

- ☐ Vous avez plus de 81 ans
- ☐ Vous vivez seul(e)
- ☐ Vous avez un ou des problèmes de santé ou vous avez été récemment hospitalisé(e)
- ☐ Vous aidez votre conjoint ou une autre personne dépendante ou handicapée
- ☐ Votre conjoint, ou un de vos proches est décédé
- ☐ Votre conjoint a été hospitalisé(e), est malade, ou est entré(e) en établissement
- ☐ Vous avez déménagé

7. Votre situation au regard des aides légales

Percevez-vous l'une de ces aides ?

- | | |
|--|---|
| ▶ L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) | ☐ Oui ☐ Non |
| ▶ L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) | ☐ Oui ☐ Non |
| ▶ La prestation de compensation du handicap (PCH) | ☐ Oui ☐ Non |
| ▶ La majoration pour tierce personne (MTP) | ☐ Oui ☐ Non |

⇒ Si OUI, indiquer la date depuis laquelle vous percevez cette aide : ____/____/____.

⇒ Si NON, préciser si pour ces aides :

- ☐ Vous n'avez pas déposé de demande
- ☐ Votre demande a été rejetée
- ☐ Votre demande est en cours d'instruction
- ☐ Vous en avez refusé l'attribution

8. Pièces justificatives

Vous venez de remplir votre demande pour un accompagnement à domicile. Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre :

- Une photocopie de votre dernier avis d'imposition

Si vous bénéficiez d'un régime de protection juridique, vous devez aussi fournir :

- La copie du jugement de curatelle, de tutelle ou de sauvegarde de justice

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage :

- à signaler toute modification de ma situation et celle de mon conjoint
- à faire connaître toutes les modifications de ma situation au regard, de l'APA, de l'ACTP, de la PCH, et de la MTP
- à régler à la Caisse de MSA les sommes éventuellement versées à tort
- à faciliter toute enquête

J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à un autre organisme conventionné avec la Caisse pour permettre l'instruction de ma demande

Fait à :

Le ____ / ____ / ____

Votre signature :

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. 377-1 du code de la sécurité sociale, arts. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

En application de la Loi Informatiques et Libertés, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant au Délégué à la Protection des Données de votre organisme.