

CAISSE D'ASSURANCE
VIEILLESSE INVALIDITE
ET MALADIE
DES CULTES



cavimac

Demande de garde à domicile

Action Sanitaire et Sociale

► **Pour nous contacter :**

**Vous désirez des informations complémentaires,
vous souhaitez nous rencontrer,**

- **appelez-nous au 01 41 58 45 45**
- **connectez-vous sur le site www.cavimac.fr**



DECLARATION DE RESSOURCES DU DEMANDEUR

Pièces à joindre à l'imprimé de demande

- dernier avis d'imposition ou de non-imposition,
- justificatif du dernier paiement de tout revenu mentionné.

Attention : les ressources à déclarer sont celles des trois derniers mois.

Organisme d'attribution de la pension et n° de pension (Joindre une copie de votre titre de pension)	Trimestres validés ou nombre de points	Le versement est-il M (mensuel) T (trimestriel) A (annuel)	Date et montant du dernier versement	Montant perçu au cours des trois derniers mois
.....
.....
.....

Autres ressources (à préciser) dont allocation logement	Organisme payeur ou situation des biens mobiliers immobiliers	Le versement est-il M (mensuel) T (trimestriel) A (annuel)	Date et montant du dernier versement	Montant perçu au cours des trois derniers mois
.....
.....
.....

Total

DECLARATION DE RESSOURCES DU CONJOINT

Organisme d'attribution de la pension et n° de pension (Joindre une copie de votre titre de pension)	Trimestres validés ou nombre de points	Le versement est-il M (mensuel) T (trimestriel) A (annuel)	Date et montant du dernier versement	Montant perçu au cours des trois derniers mois
.....
.....
.....

Autres ressources (à préciser) dont allocation logement	Organisme payeur ou situation des biens mobiliers immobiliers	Le versement est-il M (mensuel) T (trimestriel) A (annuel)	Date et montant du dernier versement	Montant perçu au cours des trois derniers mois
.....
.....
.....

Total

SITUATION INDIVIDUELLE DU DEMANDEUR

(Cocher la case correspondant à votre situation)

A - LE DEMANDEUR :

Peut facilement

Peut difficilement

Marcher seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher seul à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descendre et monter les marches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulever des poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire ses courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire son ménage et entretenir son linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparer ses repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assumer ses relations avec l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B - ISOLEMENT

Famille :	<input type="checkbox"/> A domicile	<input type="checkbox"/> A proximité	<input type="checkbox"/> Eloignée	<input type="checkbox"/> Inexistante
Environnement :	<input type="checkbox"/> Disponible	<input type="checkbox"/> Peu disponible	<input type="checkbox"/> Indifférent	

C - LOGEMENT

Situation :	<input type="checkbox"/> RDC ou ascenseur	<input type="checkbox"/> 1er étage ou sous-sol	<input type="checkbox"/> Etage
Centre commercial :	<input type="checkbox"/> Proximité	<input type="checkbox"/> Eloigné	<input type="checkbox"/> Très éloigné

D- CONFORT DU LOGEMENT

Eau courante :	<input type="checkbox"/> A domicile	<input type="checkbox"/> A l'extérieur proche	<input type="checkbox"/> Eloignée
WC :	<input type="checkbox"/> A l'intérieur	<input type="checkbox"/> A l'extérieur proche	<input type="checkbox"/> Eloignés
Cuisine :	<input type="checkbox"/> Gaz ou électrique	<input type="checkbox"/> Charbon, bois, fuel	
	<input type="checkbox"/> Difficulté d'approvisionnement de la cuisinière		
Chauffage :	<input type="checkbox"/> Central ou électrique	<input type="checkbox"/> Charbon, bois, fuel	
	<input type="checkbox"/> difficulté d'approvisionnement et d'entretien		
Confort ménager :	Réfrigérateur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Lave linge	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Branchement égout	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

REMARQUES COMPLEMENTAIRES

Le demandeur bnficic-t-il d'une allocation compensatrice, d'une majoration pour tierce personne ou de la prestation spfcifique d'pndance ? Oui Non

Nom et adresse du prestataire de service lorsque le demandeur n'emploie pas directement une aide (*joindre un relev d'identit bancaire ou postal ou de caisse d'ppargne*) :

.....
.....
.....

Autres remarques :

.....
.....
.....
.....

MODE DE PAIEMENT

Ne remplir cette case que lorsque le demandeur emploie directement une aide.

Je dsire que le montant de l'aide soit vers (mettre une croix dans la case correspondante) :

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| ▪ par mandat postal à mon nom | <input type="checkbox"/> | ▪ sur mon compte de caisse d'ppargne | <input type="checkbox"/> |
| ▪ par virement à mon CCP | <input type="checkbox"/> | ▪ sur le compte dsign par ma collectivit | <input type="checkbox"/> |
| ▪ par virement à mon compte bancaire | <input type="checkbox"/> | ▪ au compte de ma maison de retraite | <input type="checkbox"/> |

Je joins obligatoirement un relev d'identit bancaire, postal ou de caisse d'ppargne.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussign(e) : certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements prcis dans la prsente demande.

Fait à, le

SIGNATURE :