

**Pôle action sanitaire  
et sociale**

**ASS-005**

Imprimés accessibles sur notre site

[www.cavimac.fr](http://www.cavimac.fr)

Pour tout renseignement, contacter le  
pôle action sanitaire et sociale :

[action-sociale@cavimac.fr](mailto:action-sociale@cavimac.fr)

**DEMANDE D'AIDE  
FINANCIÈRE COMPENSATRICE**



**Identification de la collectivité d'appartenance**

Nom du responsable de collectivité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :      Ville : \_\_\_\_\_ N° de téléphone :

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ N° de collectivité :

**Contexte de la demande**

S'agit-il (cocher la case correspondant à votre demande) :

d'une 1<sup>ère</sup> demande

d'un renouvellement <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> En cas de renouvellement, le dossier doit être adressé au moins 3 mois avant la date de fin de prise en charge.

**Nature du besoin**

N° de sécurité sociale du référent Cavimac (s'il s'agit d'un renouvellement) :

Vous avez besoin d'une aide à domicile pour assurer les activités courantes suivantes (cochez la ou les cases correspondantes) :

Entretien à domicile

Aide à la toilette

Lavage/repassage du linge

Aide pour le lever/le coucher

Aide pour les repas/les courses

Accompagnement à la vie sociale

Nombre de membres concernés :

Estimation du nombre d'heures par mois :

Période : du      au

**Association d'aide à domicile**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :      Ville : \_\_\_\_\_ N° de téléphone :

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Joindre obligatoirement à la demande :**

- le relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel sera versé le montant de l'aide ;
- l'attestation employeur jointe, dûment complétée.

**Déclaration sur l'honneur du responsable collectivité**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements précisés dans la présente demande et m'engage à signaler toute modification de la situation des bénéficiaires de l'aide à domicile (ressources, autonomie, décès, changement de lieu de vie...) et à faire connaître toute modification de leur situation au regard de l'APA, de l'ASI, de l'ACTP et de la PCH.

Fait à : \_\_\_\_\_, le     Signature











