

Pôle action sanitaire et sociale

ASS-006

Imprimés accessibles sur notre site

www.cavimac.fr

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

action-sociale@cavimac.fr

**DEMANDE DE GARDE
À DOMICILE**



Identification du demandeur

nom : _____ Prénoms : _____

nom marital : _____

numéro national d'identification : n° de collectivité : 0

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____ n° de téléphone :

Adresse mail : _____ @ _____

Identification du conjoint

nom : _____ Prénoms : _____

numéro national d'identification :

Date de décès (le cas échéant) :

Motif de la demande

nature de l'état de dépendance : temporaire durable

Période souhaitée : du au

Niveau de dépendance du demandeur

Le demandeur peut :	Facilement		Difficilement	
marcher seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
marcher seul à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
descendre et monter les marches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soulever des poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
faire des courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
faire son ménage et entretenir son linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
préparer ses repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
manger seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
assumer ses relations à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolement :				
nature des relations familiales	<input type="checkbox"/> disponible	<input type="checkbox"/> peu disponible	<input type="checkbox"/> indisponible	
Logement :				
situation du lieu d'habitation	<input type="checkbox"/> RDC ou ascenseur	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} étage ou sous-sol	<input type="checkbox"/> étage	
distance entre les commerces et le lieu d'habitation	<input type="checkbox"/> à proximité	<input type="checkbox"/> éloigné	<input type="checkbox"/> très éloigné	
Confort du logement :				
eau courante	<input type="checkbox"/> à domicile	<input type="checkbox"/> à l'extérieur proche	<input type="checkbox"/> à l'extérieur éloignée	
WC	<input type="checkbox"/> à l'intérieur	<input type="checkbox"/> à l'extérieur proche	<input type="checkbox"/> à l'extérieur éloignée	
cuisine	<input type="checkbox"/> gaz ou électrique	<input type="checkbox"/> charbon, bois, fuel	<input type="checkbox"/> difficulté d'approvisionnement et d'entretien 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	<input type="checkbox"/> réfrigérateur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	<input type="checkbox"/> lave linge	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	<input type="checkbox"/> branchement égout	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

Déclaration de ressources du demandeur

Le demandeur perçoit-il : une autre retraite de base que celle versée par la Cavimac ? oui non
l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ? oui non
Si oui, précisez son montant ? _____€

Etat des ressources (joindre au dossier le dernier avis d'imposition du demandeur et les justificatifs de revenus s'il s'agit d'une première demande)
Les prêtres diocésains doivent impérativement adresser l'attestation de ressources ci-jointe, complétée par le diocèse.

	Ressources du demandeur		Ressources du conjoint	
	Montant Mensuel	Trimestres validés	Montant Mensuel	Trimestres validés
Retraite de la Cavimac (ASPA inclus) € trimestres € trimestres
Retraites d'autres régimes (ASPA inclus) € trimestres € trimestres
Retraites complémentaires €	 €	
Autres ressources imposables (rentes, revenus de valeurs et capitaux mobiliers, revenus fonciers,...) €	 €	

en cas de détention de capitaux placés, veuillez en préciser :

la valeur vénale : _____ €

et le support financier de placement (PeA, assurance vie, etc) : _____

Remarques complémentaires

Le demandeur bénéficie-t-il d'une allocation compensatrice, d'une majoration pour tierce personne ou de la prestation spécifique dépendance ? (Cocher la case correspondant à votre situation)

Allocation compensatrice

Majoration pour tierce personne

Prestation spécifique dépendance

Allocation Personnalisée d'Autonomie

nom et adresse du prestataire de service lorsque le demandeur n'emploie pas directement une aide (joindre un relevé d'identité bancaire ou postal ou de caisse d'épargne) : _____

Autres remarques : _____

Mode de paiement (remplir cette case à condition que le demandeur emploie directement une aide)

Je désire que le montant de l'aide soit versé (cochez la case correspondante) :

par mandat postal à mon nom

sur le compte désigné par ma collectivité

par virement à mon code postal

au compte de ma maison de retraite

par virement à mon compte bancaire

Joindre obligatoirement le relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e) : _____

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements précisés dans la présente demande.

Fait à : _____, le Signature

