

**Pôle action sanitaire
et sociale**

ASS-003 bis

Imprimés accessibles sur notre site

www.cavimac.fr

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

action-sociale@cavimac.fr

DEMANDE D'AIDE
AU RETOUR À DOMICILE
APRÈS HOSPITALISATION



Identification du demandeur

Nom et prénoms de l'assuré social : _____

Numéro National d'identification : N° collectivité :

Nom marital éventuellement : _____

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____ N° de téléphone :

Adresse mail : _____ @ _____

Percevez-vous une pension de la Cavimac ? Oui Non

Si oui, cochez la case vous correspondant : pensionné(e) de retraite d'invalidité de réversion

Situation de famille

Célibataire Marié(e) depuis le :
Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) depuis le :

Identification du conjoint

Nom (de naissance) et prénoms du conjoint : _____

Nom d'usage : _____

Numéro National d'identification :

Commune de naissance : _____ Département : Pays : _____

Adresse (si différente du demandeur) : _____

Code postal : Ville : _____ N° de téléphone :

Adresse mail : _____ @ _____

Percevez-vous une pension de la Cavimac ? Oui Non

Si oui, cochez la case vous correspondant : pensionné(e) de retraite d'invalidité de réversion

Identification de la collectivité d'appartenance

N° collectivité :

Nom du responsable de collectivité : _____

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____ N° de téléphone :

Adresse mail : _____ @ _____

Situation du demandeur au regard des aides légales (obligatoire)

Percevez-vous l'une de ces aides ?

- Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) depuis le
- Prestation de Compensation du Handicap (PCH) depuis le
- Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) depuis le

Si non, précisez si pour ces aides :

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

Merci de joindre la copie de la notification de rejet

Nature du besoin

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Entretien à domicile | <input type="checkbox"/> Aide à la toilette |
| <input type="checkbox"/> Lavage/repassage du linge | <input type="checkbox"/> Aide pour le lever/le coucher |
| <input type="checkbox"/> Aide pour les repas/les courses | <input type="checkbox"/> Accompagnement à la vie sociale |

Pour la période : du au

Nombre d'heures d'intervention mensuelles sollicitées : H

Association d'aide à domicile

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____ N° de téléphone :

Adresse mail : _____ @ _____

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'un renouvellement*)
En outre, 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) : _____

Déclaration sur l'honneur du demandeur

Je soussigné(e) : _____

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements précisés dans la présente demande et m'engage à faire connaître toute modification de ma situation au regard de l'APA, de l'ASI, de l'ACTP et de la PCH.

Fait à : _____, le

Signature

(*) En cas de renouvellement, il convient d'envoyer par mail ou par voie postale un certificat médical daté de moins d'un mois.

En cas de fraude sociale en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (CSS, art. L. 114-17 du Code de la sécurité sociale), vous encourez des sanctions et êtes passibles

d'amende et/ou d'emprisonnement voire de pénalités financières (CSS, art. L. 114-16-2).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée et le règlement général UE 2016/ 679 s'appliquent aux réponses faites sur ce formulaire. Vous disposez d'un

droit d'accès et de rectification aux données vous concernant que vous pouvez exercer auprès de la déléguée à la protection des données : dpo@cavimac.fr

ATTESTATION DE RESSOURCES DES PRETRES DIOCESAINS
A compléter par le service diocésain compétent



Je soussigné(e)¹ _____

agissant en qualité de ² _____

au sein du diocèse de _____

atteste que ³ _____

perçoit du diocèse les sommes suivantes :

- un traitement annuel d'un montant de _____ €, à l'exception des pensions de retraite et/ou d'indemnités imposées sur le revenu (indemnités de logement, indemnités kilométriques,...) ;
- des honoraires/offrandes de messes d'un montant annuel de _____ €.

Fait à : _____ , le

Fait pour valoir et servir ce que de droit,

Signature et Cachet :

¹ Titre, Prénom et Nom

² Fonction exercée

³ Titre, Prénom et Nom du prêtre concerné