



santé
famille
retraite
services

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE

DES PERSONNES AGEES

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 accorde des prises en charge :

- ▶ pour des services à domicile : aide à la toilette, aide aux déplacements, entretien du logement, aide aux courses, la préparation des repas, ...
- ▶ pour d'autres types de services : portage de repas, téléassistance...
- ▶ 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 des services existants à proximité de votre domicile

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 de la sécurité sociale, à titre principal
- ▶ Avoir exercé son activité professionnelle la plus longue au régime agricole
- ▶ Répondre aux conditions de ressources permettant l'accès aux aides

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

- ⇒ Si vous percevez déjà ou si vous êtes éligible à la Prestation spécifique dépendance (PSD), 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

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.

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 | Reportez-vous à votre avis d'imposition (joindre une copie) |
| ▶ 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 :

- ▶ 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

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

A la réception de votre demande, nous vérifions que votre dossier est complet. S'il est complet, nous prendrons contact avec vous ou avec la personne à joindre pour le suivi de votre dossier (à compléter dans le dossier administratif)

Si vous remplissez les conditions administratives, un agent de la MSA (ou 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 pour le compte 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, un plan d'accompagnement personnalisé vous sera proposé pour vous aider dans votre vie quotidienne à domicile. Ce document sera transmis pour validation à la MSA.

Vous recevrez alors une notification de la caisse 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 l'action sociale de la MSA, vous pouvez contacter la caisse :

*Caisse de Mutualité Sociale Agricole d'Ile-de-France
Gestion Action Sanitaire et Sociale
75 691 PARIS CEDEX 14*

Site Internet : <http://www.msa-idf.fr/lfr>

1. A PROPOS DE VOUS...

Madame Monsieur

Nom patronymique (*en majuscules*) :

Nom de naissance (*en majuscules*) :

Prénoms (*souligner le prénom usuel*) :

N° de sécurité sociale :

Date de naissance :

Votre statut professionnel :

Salarié(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. VOTRE REGIME DE RETRAITE ET CELUI DE VOTRE CONJOINT, LES REVENUS DU FOYER

4.1 - Retraites de base :

VOUS (DEMANDEUR)	NOMBRE DE TRIMESTRES	NATURE DU DROIT P : personnel R : réversion	DERNIER MONTANT MENSUEL PERÇU
REGIME AGRICOLE			
REGIME GENERAL			
AUTRES REGIMES			
VOTRE CONJOINT	DERNIER MONTANT MENSUEL PERÇU		
REGIME AGRICOLE			
REGIME GENERAL			
AUTRES REGIMES			

4.2 - Retraites complémentaires :

NOM DES ORGANISMES	VOUS (DEMANDEUR)		CONJOINT	
	DERNIER MONTANT PERÇU	Préciser la périodicité : M, T, S, A	DERNIER MONTANT PERÇU	Préciser la périodicité : M, T, S, A

M : mensuel, T : trimestriel, S : semestriel, A : annuel

4.3 - Revenus du foyer :

	VOUS : DEMANDEUR (ou foyer fiscal si un seul avis d'imposition)	CONJOINT	AUTRES PERSONNES VIVANT AU SEIN DU FOYER
REVENU BRUT GLOBAL *			
<i>Autres ressources retenues par la caisse</i>			
...			
...			
...			
...			

* Le revenu brut global figure sur le dernier avis d'imposition ; il comprend les pensions, retraites, rentes, salaires et revenus de capitaux mobiliers.

4.3 - Revenus mensuel du foyer :

REVENU MENSUEL	
-----------------------	--

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 *(Si oui, préciser) :*
- Vous venez d'être hospitalisé
 - Vous avez une maladie aiguë ou une pathologie chronique
 - Vous avez été victime d'un accident ou d'une chute pouvant avoir un impact sur la vie quotidienne
 - Vous êtes en situation de handicap *(mental ou physique)*
 - Vous souffrez d'une déficience auditive, visuelle, cognitive *(désorientation)*
 - Vous ressentez une fragilité psychologique *(démotivation, détresse psychologique, repli sur soi...)*
 - Vous êtes en situation d'addiction
- Vous êtes en situation d'aidant de votre conjoint ou d'une autre personne dépendante ou handicapée vivant au sein du foyer
- Votre conjoint, votre aidant ou un de vos proches est décédé
- Votre conjoint a été hospitalisé(e), est malade, ou est entré(e) en établissement
- Votre aidant est indisponible *(car il a des problèmes de santé, a été hospitalisé ou est en congés)*
- Vous avez déménagé ou votre aidant a déménagé
- Vous êtes isolé(e) socialement et/ou familialement *(vous avez peu de visites de votre famille ou entourage)*
- Vous êtes isolé(e) géographiquement

7. Votre situation au regard des aides légales

Percevez-vous l'une de ces aides ?

- ▶ L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ? Oui Non
- ▶ La prestation spécifique dépendance (PSD) ? 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 d'évaluation 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 la PSD, 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). La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses