

**IMPRIME DE DEMANDE
D'AIDE A LA VIE DOMESTIQUE
Année 2024**

Cette aide permet le maintien de la résidence principale en bon état d'agrément, de propreté, de confort, d'hygiène et de sécurité :

Tâches d'entretien régulières (aide mensuelle)

Ou

Tâches d'entretien périodique ou ponctuel (aide annuelle)

1) OUVRANT-DROIT

NOM : Prénom :

Date de naissance :

N.I.A. :

Adresse :

Code Postal : Ville : N° Tél. :

Vous êtes :

CELIBATAIRE

MARIE (E)

DIVORCE (E)

SEPARE (E)

VEUF (VE)

Partenaire d'un PACS / Concubinage

2) BENEFICIAIRE DE L'AIDE (si différent de l'ouvrant-droit)

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Lien de parenté :

Adresse (à préciser si différente de l'ouvrant droit) :

.....

Code Postal : Ville : N° Tél. :

3) REPRESENTANT LEGAL EVENTUEL

Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée Sauvegarde de justice

Nom de la personne ou organisme :

Adresse de la personne (si différente de l'ouvrant-droit) ou organisme :

N° Tél. : Adresse mail :

4) BENEFICIEZ-VOUS D'UNE AIDE ?

Aides de la MDPH

Allocation Education Enfant Handicapé (AEEH) : oui non

Compléments de l'AEEH 1^{er} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème} 6^{ème}

Si oui, depuis quelle date ?

Allocation Adulte Handicapé (AAH) : oui non

Si oui, depuis quelle date ?

Un au moins des éléments de la PCH : oui non

Si oui, lequel ou lesquels ?

Allocation Compensatrice pour tierce personne (ACTP) : oui non

Majoration de sa pension d'invalidité ou de vieillesse pour tierce personne (MTP) :

oui non

Taux d'incapacité de la MDPH :

Dates de validité :

Aides du Département

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou Plan d'Actions Personnalisé (PAP) régime général:

oui non

Si oui, quelle aide :

Aide de la CNIEG

Pension bénévole Orphelin Majeur Handicapé (OMH) : oui non

5) CHOIX DU MODE DE PAIEMENT

CESU	<input type="checkbox"/>
<i>(Chèque Emploi Service Universel)</i>	
ORGANISME MANDATAIRE	<input type="checkbox"/>
<i>(Vous êtes employeur de l'intervenant à domicile et un organisme gère pour vous l'administratif)</i>	
ORGANISME PRESTATAIRE	<input type="checkbox"/>
<i>(L'organisme est l'employeur de l'intervenant à domicile)</i>	
Nom de l'organisme :	

6) JUSTIFICATIFS A FOURNIR

<ul style="list-style-type: none"> • Notification du taux d'incapacité supérieur ou égal à 50 % et/ou Carte Mobilité Inclusion (CMI) • Un certificat médical (nombre d'heures et durée de l'intervention) • Avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022 • Eventuelle notification d'attribution MTP (Majoration Tierce Personne), ACTP (Allocation Compensatrice Tierce personne), AAH (Allocation Adulte Handicapée), pension pour orphelin majeur handicapé, APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)... • Bulletin de pension • RIB
--

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, ainsi que tout changement de domicile ;
- à faire connaître toute modification de ma situation au regard de la PSD, de l'APA, de l'ACTP, de la PCH et de la MTP ;
- à rembourser à la CMCAS les sommes éventuellement versées à tort ;
- à faciliter toute enquête.

Fait à : le :/...../.....

Signature du demandeur ou du représentant légal :