



- Première demande Renouvellement Augmentation d'heures

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

N I R (numéro de sécurité sociale)

NOM (en majuscules) Prénoms

Adresse

Code postal Ville

Tél : Adresse électronique :

MUTUELLE* N° ADHERENT

*Si mutuelle UNEO, préciser votre mutuelle sociale : MNM CNG MAA

N° CAF :

ACTIF militaire, grade civil

AUTRES veuf(ve) ayant-cause autre

RETRAITE militaire civil

Armée d'appartenance :

BENEFICIAIRE de L'AIDE

NOM (en majuscules) : Prénom :

Date de naissance :

Assuré Conjoint Concubin PACSE Autre bénéficiaire (préciser le lien de parenté) :

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

NOM - Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté	Profession

RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER

	Assuré	Conjoint	Autres
A. AVANTAGE PRINCIPAL			
Pension militaire de retraite.....			
Pension militaire de réversion			
Sécurité sociale (CARSAT ...)			
Solde ou salaire			
Allocations familiales			
Pension alimentaire.....			
B. AUTRES RETRAITES			
Pension militaire d'invalidité			
Pension de veuve de guerre.....			
Retraite complémentaire (cadre ou non)			
C. AUTRES RESSOURCES			
Rentes viagères.....			
Revenus mobiliers et immobiliers			
Allocation d'aide sociale (AAH ou allocation compensatrice ou prestation dépendance) ..			
Autres ressources éventuelles			
TOTAL	€	€	€

AIDE (à renseigner en totalité obligatoirement)

Nombre total d'heures demandées : _____ heure(s) par mois

Pendant _____ mois à compter du 1er _____ Mois _____ année au tarif horaire de _____ €

En cas d'urgence, préciser le jour de début de l'aide souhaitée : _____ Jour _____ mois _____ année

Préciser si tarif horaire Prestataire Mandataire Aide indépendante (charges patronales comprises)**L'aide sera dispensée par :** Association d'aide à domicile Aide indépendante payé par CESU (chèque emploi service universel)

Identité (de l'association ou de l'aide indépendante) : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Fax : _____

Adresse électronique: _____

Attention : l'aide ne doit pas être dispensée par un membre de la famille.**SUBROGATION** : J'autorise le versement direct, à l'association d'aide à domicile agréée ou conventionnée, du montant de la participation allouée par la CNMSS.

Date :

Signature

MOTIF DE LA DEMANDE ⁽¹⁾ **Handicap**

-
- moteur
-
-
- sensoriel
-
-
- psychique

 Maladie

-
- état passager
-
-
- état de longue durée

 Maternité

Date présumée d'accouchement _____

 Article L212-1 (ex L. 115) **Accident**

-
- causé par un tiers
-
-
- domestique

Date _____

Précisions éventuelles :

ENVIRONNEMENT(1)**HABITATION**

-
- appartement
-
- _____ étage
-
- ascenseur
-
-
- maison individuelle
-
- plain-pied
-
-
- foyer-logement

SERVICES ET PRESTATIONS DONT BENEFICIE LE DEMANDEUR AUT RES QUE CEUX SERVIS PAR LA CNMSS ⁽¹⁾ Soins à domicile Lavage du linge Portage des repas ou foyer restaurant**1- Autre organisme sollicité** OUI NON

Si OUI, lequel _____

Nombre d'heures accordées par mois _____ Période du _____ au _____

2- Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) OUI NON

Si OUI, date de la demande _____ Date décision d'attribution : _____

Date décision de refus : _____

⁽¹⁾ cocher d'une la case correspondant à la formule adaptée 2/4

GRILLE AUTONOMIE GERONTOLOGIE GROUPES ISO-RESSOURCES (GIR)

Fait seul(e) totalement, habituellement, correctement

A

Fait partiellement

B

Ne fait pas

C

VARIABLES DISCRIMINANTES

	ASSURE	CONJOINT
COHERENCE – Converser et/ou se comporter de façon sensée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORIENTATION – Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOILETTE HAUT DU CORPS – Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOILETTE BAS DU CORPS – Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE HAUT – Le fait de passer les vêtements par la tête et/ou les bras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE MOYEN – Le fait de boutonner un vêtement, mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture et des bretelles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE BAS – Le fait de passer les vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, bas et chaussures.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTATION : SE SERVIR – Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTATION : MANGER – Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELIMINATION URINAIRE – Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELIMINATION FECALE – Assurer l'hygiène de l'élimination fécale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSFERTS – Se lever, se coucher, s'asseoir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR – Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR – A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMMUNICATION A DISTANCE – Utiliser téléphone, alarme, sonnette dans le but d'alerter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GIR :	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="checkbox"/>

VARIABLES ILLUSTRATIVES

	ASSURE	CONJOINT
GESTION – Gérer ses affaires, son budget, se servir de l'argent, faire ses démarches.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUISINE – Préparer les repas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MENAGE – Effectuer l'ensemble des travaux ménagers.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSPORTS – Prendre et/ou commander un moyen de transport (au moins une fois par semaine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACHATS – Faire des acquisitions directes ou par correspondance.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUIVI DU TRAITEMENT – Se conformer à l'ordonnance de son médecin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE – Avoir des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs, de passe-temps.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATION

Si vous souhaitez obtenir une aide complémentaire éventuelle, la communication de votre dossier à la mutuelle⁽¹⁾ et à l'assistant (e) de service social des Armées⁽²⁾ doit être précisée :

J'autorise le partage de mon dossier avec ma mutuelle
 l'assistant(e) de service social du ministère des Armées

(1) Les mutuelles (UNEO, MNM, CNG, MAA, MSPP, Harmonie Fonction Publique, FORTEGO) adhèrent au réseau social des armées qui vise à simplifier et accélérer le traitement des demandes d'aide médico-sociale

(2) L'autorisation donnée pour le partage des informations à l'assistant(e) de service social des armées implique une prise de contact (rendez-vous, visite, etc.) aux fins d'établir une évaluation de la situation sociale nécessaire à la prise de décision

⇒ Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel vous disposez de droits (accès, rectification, opposition, suppression) au regard de l'utilisation de vos données personnelles. Vous pouvez exercer vos droits auprès de la CNMSS, sur simple demande adressée par formulaire électronique, en fonction de votre statut sur le site internet de la CNMSS ou par courrier postal à : CNMSS - DGR/SJR - Délégué à la protection des données personnelles - 247 av J Cartier 83090 Toulon Cedex 9, en précisant l'objet de votre demande, ainsi que vos nom, prénom et en joignant la copie recto-verso de votre pièce d'identité.

⇒ La sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par les organismes de sécurité sociale peuvent être vérifiées dans le cadre de l'exercice du droit de communication réglementé par les articles L114-19 et suivants du code de la sécurité sociale.

⇒ Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (articles 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code pénal)

ATTESTATION : J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations que j'ai fournies. (1)

Date et signature du demandeur

JUSTIFICATIFS

- 1 **Sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil (adresse ci-dessous) ou par fax au 04 94 16 37 53 ou par courriel à dsm-ass@cnmss.fr le certificat médical, donnant un diagnostic précis et détaillé : nature de la maladie, date du début, stade, traitement, conséquences pratiques handicapantes, troubles de mémoire...**
- 2 Le bulletin de séjour hospitalier ou l'attestation précisant les dates d'entrée et de sortie le cas échéant.
- 3 La décision d'attribution de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou le plan d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou, le cas échéant, le récépissé de dépôt de la demande.
- 4 La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition **dans son intégralité**.
- 5 Les photocopies justificatives des ressources mensuelles ou trimestrielles des personnes vivant au foyer (salaire, solde, pension, prestations familiales...)
- 6 La photocopie de la carte de mutuelle de l'année en cours (recto-verso).
- 7 Le devis établi par l'association d'aide qui précise si elle est signataire d'une convention avec la CNAV et le tarif horaire, sinon joindre l'attestation d'engagement dans le cas d'un recrutement direct
- 8 Autre :

(1) La CNMSS se réserve le droit de contrôler les prestations servies. A ce titre une enquête peut être réalisée. L'assuré(e) doit y répondre obligatoirement sous peine d'interruption dans le paiement de la prestation.

L'enveloppe contenant le dossier doit être adressée à
Caisse nationale militaire de sécurité sociale - DGR/SASS/Bureau Action Sanitaire et sociale
247, avenue Jacques Cartier
83090 TOULON CEDEX 9