



## AIDE (à renseigner en totalité obligatoirement)

Nombre total d'heures demandées \_\_\_\_\_ heures par mois

Pendant \_\_\_\_\_ mois ; à compter du 1<sup>er</sup> \_\_\_\_\_ au tarif horaire de \_\_\_\_\_ €

En cas d'urgence, préciser le jour de début de l'aide souhaitée : \_\_\_\_\_

Préciser si tarif horaire  prestataire  mandataire  aide indépendante (charges patronales comprises)

L'aide est dispensée par :

Association d'aide à domicile (l'aide est dispensée par une technicienne d'intervention sociale et familiale : TISF)

Nom et Adresse \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

**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 <sup>(1)</sup>

Handicap

moteur

sensoriel

psychique

Maladie

état passager

état de longue durée

Maternité

Date présumée d'accouchement

\_\_\_\_\_

Article L. 212-1 (ex L. 115)

Accident

causé par un tiers

domestique

Précisions éventuelles :

.....

.....

.....

## ENVIRONNEMENT <sup>(1)</sup>

HABITATION

appartement

\_\_\_\_\_ étage

ascenseur

maison individuelle

plain-pied

foyer logement

## SERVICES et PRESTATIONS dont bénéficie le demandeur autres que ceux servis par la CNMSS <sup>(1)</sup>

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 de prestation de compensation du handicap (PCH) ou autre (CAF, services sociaux)**

OUI : joindre obligatoirement la notification

NON

<sup>(1)</sup> cocher d'une  la case correspondant à la formule adaptée

## INFORMATION

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

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

<sup>(1)</sup> Les mutuelles (UNEO, SOLIDARM, CNG, 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

<sup>(2)</sup> 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 (RGPD) vous disposez de droits au regard de l'utilisation de vos données personnelles.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et sur vos droits vous pouvez consulter la rubrique « Protection données personnelles » sur [www.cnmss.fr](http://www.cnmss.fr).

Pour toute question sur le traitement de vos données par la CNMSS ainsi que pour exercer vos droits vous êtes invité à adresser votre demande par courriel à : [protection-donnees-personnelles@cnmss.fr](mailto:protection-donnees-personnelles@cnmss.fr) ou courrier postal à : CNMSS - Délégué à la protection des données personnelles 247 av J Cartier - 83090 Toulon cedex 9 ».

Si après avoir saisi le Délégué à la protection des données vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission nationale informatique et libertés. ».

La finalité du traitement en lien avec les informations de ce formulaire est de :

- Gérer les demandes de prestations supplémentaires (aides à domicile), payer les factures correspondantes et suivre les dossiers des bénéficiaires des prestations supplémentaires de l'assurance maladie dans le cadre du dossier unique ;
- Coordonner la gestion des demandes de prestations supplémentaires de l'assurance maladie avec les partenaires de la CNMSS

⇒ 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<sup>(1)</sup>.

Date et signature du demandeur

<sup>(1)</sup> 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.

## JUSTIFICATIFS (\*) :

### PREMIERE DEMANDE

- 1- Un certificat médical détaillé précisant le diagnostic de l'affection motivant la demande et ses conséquences pratiques handicapantes, sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil Ou par fax au **04 94 16 37 65** ou dans le cadre d'un envoi dématérialisé en vous connectant par le lien <https://www.cnmss.fr/vos-demarches/contactez-la-cnmss/je-contacte-la-cnmss> puis « sélectionner le profil Assuré puis choisir dans le menu déroulant « Contrôle médical » puis dans le sous-objet « Autres demandes » ».
- 2- 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.
- 3 - Le bulletin de séjour hospitalier ou l'attestation précisant les dates d'entrée et de sortie le cas échéant.

### **RENOUVELLEMENT DE LA DEMANDE AU DELA DE 6 MOIS**

- 1- Un certificat médical détaillé précisant le diagnostic de l'affection motivant la demande et ses conséquences pratiques handicapantes, sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil Ou par fax au **04 94 16 37 65** ou dans le cadre d'un envoi dématérialisé en vous connectant par le lien <https://www.cnmss.fr/vos-demarches/contactez-la-cnmss/je-contacte-la-cnmss> puis « sélectionner le profil Assuré puis choisir dans le menu déroulant « Contrôle médical » puis dans le sous-objet « Autres demandes » »
- 2- 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.
- 3 - Le bulletin de séjour hospitalier ou l'attestation précisant les dates d'entrée et de sortie le cas échéant.
- 4- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition dans son intégralité. La copie de votre déclaration d'impôt n'est pas recevable.
- 5- Les photocopies justificatives des ressources des personnes vivant au foyer : dernier bulletin de salaire ou de solde, pension, prestations familiales.
- 6- La photocopie de la carte de mutuelle de l'année en cours (recto-verso)

(\*) Les documents ne doivent pas être agrafés, les copies sont au format A4 ou A5 en recto uniquement

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

**Pour simplifier vos démarches, vous avez également la possibilité de faire votre demande via un téléservice sécurisé accessible sur [www.cnmss.fr](http://www.cnmss.fr)**