

AIDE (à renseigner en totalité obligatoirement)

Nombre total d'heures demandées _____ heures par mois

Pendant _____ mois ; à compter du 1^{er} _____ au tarif horaire de _____ €
mois annéeEn cas d'urgence, préciser le jour de début de l'aide souhaitée : _____
jour mois annéePréciser 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 ⁽¹⁾ Handicap

-
- moteur
-
-
- sensoriel
-
-
- psychique

 Maladie

-
- état passager
-
-
- état de longue durée

 MaternitéDate présumée d'accouchement
_____ Article L. 212-1 (ex L. 115) Accident

-
- causé par un tiers
-
-
- domestique

Précisions éventuelles :

_____**ENVIRONNEMENT** ⁽¹⁾**HABITATION**

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

SERVICES et PRESTATIONS dont bénéficie le demandeur autres 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 de prestation de compensation du handicap (PCH) ou autre (CAF, services sociaux) OUI : joindre obligatoirement la notification NON⁽¹⁾ 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⁽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, 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

⁽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

⁽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.

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 sur www.cnmss.fr/le_suis_assuré/accéder_au_portail_/le_contacte_la_CNMSS_/Par_courriel_/contrôle_médical/En_savoir_plus//_et_choisir_dans_menu_déroulant_Autres_demandes/_valider/_Nous_contacter

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 sur www.cnmss.fr/le_suis_assuré/accéder_au_portail_/le_contacte_la_CNMSS_/Par_courriel_/contrôle_médical/En_savoir_plus//_et_choisir_dans_menu_déroulant_Autres_demandes/_valider/_Nous_contacter

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: bulletin de salaire ou de solde de décembre, pension, prestations familiales.

6- La photocopie de la carte de mutuelle de l'année en cours (recto-verso)

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