



# ACTION SANITAIRE et SOCIALE

## Téléassistance



Document à remettre à votre CMCAS

### 1 Votre situation au regard des aides légales

#### ➤ Percevez-vous l'une de ces aides ?

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Allocation personnalisée d'autonomie (APA)           | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➤ Prestation spécifique dépendance (PSD)               | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➤ Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➤ Prestation de compensation du handicap (PCH)         | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➤ Majoration pour tierce personne (MTP)                | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

➤ **IMPORTANT : Si vous percevez l'APA, vous ne pouvez bénéficier de la prestation Téléassistance par votre CMCAS. FOURNIR OBLIGATOIREMENT LA NOTIFICATION DE REFUS**

### 2

#### Vous-même

Madame  Monsieur  Votre nom (de naissance) : .....

Votre nom d'époux ou d'épouse (s'il y a lieu) : .....

Si vous portez un autre nom, indiquez-le : .....

Vos prénoms (soulignez le prénom courant) : .....

Etes-vous retraité du Régime Général ? OUI  NON

Votre date de naissance ?

Votre numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité)

Votre courriel : .....

Votre adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

### 3 Votre situation de famille

Vous êtes :  célibataire  veuf (ve)  séparé(e)  divorcé(e)

Si vous vivez en couple :  vous êtes marié(e)  vous avez conclu un pacs  vous vivez en concubinage

#### 4 Votre conjoint(e) ou partenaire PACS ou concubin(e)

Son nom (de naissance) : ..... Son nom d'époux ou d'épouse : .....

Ses prénoms (soulignez le prénom courant) : .....

Si vous portez un autre nom, indiquez-le : .....

Sa date de naissance ?

Est-il/elle retraité (e) du Régime Général ? OUI  NON

Est-il/elle hébergé(e) en établissement ? OUI  NON

---

#### 5 Votre demande d'aide

☞ Votre demande d'aide est-elle liée à une modification récente de votre situation ? OUI  NON

Si oui, précisez cette situation :

Départ ou décès du conjoint ou d'un membre de la famille,

Dégradation subite de votre état de santé,

Retour d'hospitalisation,

Autre : précisez : .....

#### 6 Personne à contacter pour le suivi de votre dossier

☞ Vous pouvez indiquer si vous le souhaitez, les coordonnées d'une personne à contacter pour le suivi de votre dossier :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Courriel : .....

Numéro de  
téléphone :

Cette personne est :  Un membre de votre famille, un ami, un proche

Votre tuteur ou curateur

---

**Veillez nous indiquer quel est l'opérateur de votre ligne téléphonique :**

ORANGE      BOUYGUES      SFR      Ligne Internet      AUTRE : .....



## 7 Pièces justificatives

**Vous venez de remplir votre demande d'aide.**

**Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre :**

- L'avis d'imposition.
- Le bulletin de pension.
- La copie du **contrat** signé entre le prestataire et le bénéficiaire précisant le **montant** de la prestation.
- Le justificatif d'éventuelles **subventions extérieures**.

**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 et 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 ma CMCAS les sommes éventuellement versées à tort.
- à faciliter toute enquête.

Fait à : .....

Le :

Votre signature :