



# ACTION SANITAIRE et SOCIALE

## Téléassistance



Document à remettre au Service  
Sanitaire et Social de 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.

### 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) : .....

Votre NIA :

Etes-vous retraité du Régime Général ? OUI  NON

Votre date de naissance ?

Votre numéro de téléphone

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 : .....

Code postal :  Commune : .....

Courriel : .....

Numéro de téléphone :

Cette personne est :  Un membre de votre famille, un ami, un proche  
 Votre tuteur ou curateur

## 7 Parrain N°1 disposant de votre clef de domicile

Nom : .....

Prénom : .....

Qualité (famille,  
voisin) .....

Adresse : .....

Code postal :      Commune : .....

Courriel : .....

Numéro de téléphone :

## Parrain N°2 disposant de votre clef de domicile

Nom : .....

Prénom : .....

Qualité (famille,  
voisin) .....

Adresse : .....

Code postal :      Commune : .....

Courriel : .....

Numéro de téléphone :

## 8 Pièces justificatives

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

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

- L'avis d'imposition et un RIB
- 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 :

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS. Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS.  
Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :  
CCAS – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX.  
Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.