

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE



Brest, le 25 janvier 2017

DIRECTION  
DES RESSOURCES HUMAINES  
DU MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

Centre territorial d'action sociale  
de Brest

Affaire suivie par :  
Martine Bisson  
Conseillère technique d'encadrement  
Responsable de secteur

NOTE

à l'attention des  
prestataires d'aides à domicile

Dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées, l'Action Sociale de la Défense participe au financement des heures dans un cadre réglementaire.

A ce titre je vous transmets le nouveau dossier qu'il conviendra dorénavant de faire remplir aux ressortissants du Ministère de la Défense.

*Nota : les dossiers constitués et parvenus à ce jour feront l'objet d'une décision.*

A toutes fins utiles je vous précise les principales conditions d'attribution :

- Certificat médical précisant le nombre d'heures mensuelles. La nouvelle circulaire prévoit un nombre d'heures maximum de 20 heures par mois.
- Personnes en GIR 6 et 5
- Pas de cumul possible avec l'APA
- Plafond de ressources de 3000 € pour un couple et 2150 € pour une personne seule.

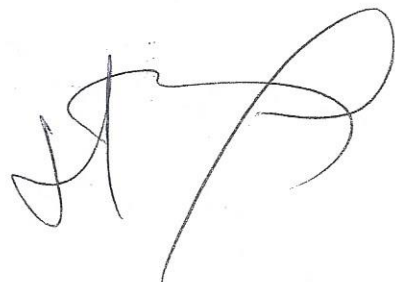
L'ensemble des pièces justificatives figurent dans le dossier joint.

A compter du 1<sup>er</sup> février 2017, Madame Andrée Béliard remplacera Madame Nadine Penot. Ses coordonnées sont, 02 98 22 16 91, andree.beliard@intradef.gouv.fr.

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

DESTINATAIRES : Tous prestataires d'aides à domicile

COPIES : CTE – Secteur – Toutes ASS



**Ministère de la défense**  
SECRÉTARIAT GÉNÉRAL POUR L'ADMINISTRATION  
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES  
DU MINISTÈRE DE LA DÉFENSE  
SERVICE DE L'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL ET DES PENSIONS  
Sous-direction de l'action sociale

Circulaire n° 2282/DEF/SGA/DRH-MD du 4 août 2016

Format : A4 (Recto-Verso)

**DEMANDE D'ATTRIBUTION  
D'AIDE MÉNAGÈRE OU FAMILIALE À DOMICILE**

Première demande       Renouvellement

**I - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESSORTISSANT**

NOM ..... NOM de jeune fille : .....

Prénoms .....

Date et lieu de naissance .....

Situation familiale (1) :

Célibataire    Marié(e)    Séparé(e)    Divorcé(e)    PACS    Concubin(e)    Ayant-cause (2)

Personnes vivant au foyer :

NOM et prénom	Lien de parenté	Date et lieu de naissance	Situation professionnelle - Scolarité

Adresse personnelle : .....

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

Numéro de téléphone personnel : .....

**Actif (1) :**

Militaire (grade) : ..... Statut :  volontaire    engagé    de carrière    sous contrat

Civil       Fonctionnaire catégorie (3) : .....       Ouvrier d'Etat

Agent sous contrat public       Agent sous contrat privé

Catégorie d'ayant droit (4) : .....

(1) Cocher la case utile.

(2) Conjoint, PACS, concubin, survivant.

(3) A, B ou C.

(4) Ressortissant du ministère de la défense ou personnel civil ou militaire employé par un établissement public sous tutelle du ministère de la défense (indiquer clairement le nom de l'établissement).

Autorité d'emploi (1) :

 Terre    Marine    Air    Gendarmerie    Etablissement public    SGA    DGA

 Autre (à préciser) .....

Adresse professionnelle : .....

.....

Numéro de téléphone professionnel : .....

**Retraité (1) :**
 Militaire    Armée d'appartenance : .....

 Civil
Nombre d'années en activité - **au** ministère de la défense : .....- **hors** du ministère de la défense : .....
**Autre (1) :**  Ayant-cause (2)    Titulaire d'une pension d'invalidité

Affiliation SÉCURITE SOCIALE (C.N.M.S.S. - Régime général - Régime spécial des agents de l'Etat)		Affiliation MUTUELLE
Ressortissant	Organisme :	Organisme :
Conjoint, PACS, concubin	Organisme :	Organisme :

Organisme de versement des prestations familiales : .....

(1) Cocher la case utile.

(2) Conjoint, PACS, concubin, survivant.

## II - RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER (du mois précédant la demande)	Ressortissant	Conjoint, PACS, concubin	Autres
Solde, traitement ou salaire :	.....	.....	.....
Primes, indemnités (moyenne mensuelle) :	.....	.....	.....
Pension de retraite :	.....	.....	.....
Pension de réversion :	.....	.....	.....
Pension d'invalidité :	.....	.....	.....
Prestations familiales :	.....	.....	.....
Aides au logement :	.....	.....	.....
Revenus déclarés immobiliers et/ou mobiliers :	.....	.....	.....
Pensions alimentaires reçues :	.....	.....	.....
Autres (préciser) :	.....	.....	.....
<b>TOTAL RESSOURCES MENSUELLES</b>	.....	.....	.....
<b>TOTAL RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER</b> .....			
CHARGES MENSUALISÉES DU FOYER	Ressortissant	Conjoint, PACS, concubin	Autres
Loyer (charges comprises) :	.....	.....	.....
Accession à la propriété :	.....	.....	.....
Charges courantes d'habitation (eau, chauffage, téléphone, assurances.....) :	.....	.....	.....
Impôts (fonciers, taxe d'habitation, télévision, revenu) :	.....	.....	.....
Crédits à la consommation :	.....	.....	.....
Pensions alimentaires versées :	.....	.....	.....
Autres (préciser) :	.....	.....	.....
<b>TOTAL CHARGES MENSUALISÉES</b>	.....	.....	.....
<b>TOTAL CHARGES MENSUALISÉES DU FOYER :</b> .....			

**RESTE À VIVRE MOYEN MENSUEL  
THEORIQUE**

$$\boxed{\text{.....}} = \boxed{\text{.....}} - \boxed{\text{.....}}$$

Reste à vivre

Ressources

Charge

**III – MOTIF DE LA DEMANDE**

Bénéficiaire de l'aide (1) :  moi-même  mon conjoint (2)  autre (à préciser) .....

Je sollicite une aide ménagère à domicile ou une aide familiale à domicile (3) pour les raisons suivantes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**IV - DÉCLARATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné (e), .....

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus ;
- m'engage à signaler toute modification de ma situation et/ou de celle de mon ayant-cause bénéficiaire de l'aide ménagère ou familiale à domicile de l'action sociale du ministère de la défense ;
- reconnais avoir été informé(e) que les informations recueillies sont destinées à l'usage interne de l'action sociale ; elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- reconnais avoir été informé(e) que pour le calcul du crédit d'impôt prévu à l'article 199 sexdecies du code général des impôts, l'aide ménagère ou familiale à domicile doit être déduite des frais réels qui seront engagés.

Fait à ....., le .....

Signature

- (1) Cocher la case utile.  
 (2) Mariage, PACS, concubinage.  
 (3) Rayer la mention inutile.

**PIÈCES À JOINDRE**

- Certificat médical (précisant le nombre d'heures et la durée d'intervention).
- Dernier avis d'imposition ou de non imposition.
- Décision de **REFUS** ou **D'ACCORD** relative à la prise en charge par **d'autres organismes**.
- Devis de prestataires.
- Relevé d'identité bancaire (au format IBAN-BIC).
- Procuration (si paiement à un tiers).

Pour chaque membre de la famille : tous justificatifs de ressources.

BCRM de BREST  
Centre Territorial d'Action Sociale  
CC 28  
29240 BREST CEDEX 9

**PROCURATION  
DE VERSEMENT A UN TIERS  
AU TITRE DE L'AIDE A DOMICILE**

Je soussigné (e)

Nom : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Déclare autoriser l'organisme désigné ci-après : **INSTITUTION DE GESTION SOCIALE  
DES ARMEES (I.Ge.S.A.)**

Chargé de verser le montant de la participation qui m'a été accordée pour une aide à domicile  
par le pôle ministériel d'action sociale de Brest le : .....(1)

à effectuer, en mon nom propre, le virement correspondant sur le compte bancaire (2)

\_\_\_\_\_  
Nom et adresse de la banque :

appartenant à : (3)

ADMR Région de Morlaix

25 cité du Rouallou

29410 PLEYBER CHRIST

Fait à ....., le .....

Signature

Imprimé à remettre complété, daté et signé au centre territorial d'action sociale de Brest qui décide de l'attribution de l'aide à domicile.

- (1) date de la décision d'attribution
- (2) renseigner et joindre le RIB correspondant
- (3) nom de la personne ou l'organisme bénéficiaire des fonds