



CAISSE NATIONALE DE RETRAITES
DES AGENTS DES COLLECTIVITÉS LOCALES
ETABLISSEMENT DE BORDEAUX

Référence : PPRS/Aide ménagère
Tél. : 05 56 11 36 68 Fax : 05 56 11 36 63

Fonds d'action sociale CNRACL

PRESTATAIRE DE SERVICES

N° siret :

Association ou Centre communal d'action sociale de :

Adresse :

Téléphone : Fax :

Courriel :

DEMANDE D'AIDE MENAGERE A DOMICILE

Première demande
à compter du :

Renouvellement
à compter du :

Demandeur

Numéro de pension (à rappeler dans toute correspondance) : CN | | | | | | | | | |

Numéro de sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom de naissance et prénom :

Nom marital :

Date de naissance :

Adresse complète :

Célibataire Marié(e) Concubin(e) / Pacsé(e) Divorcé(e) / Séparé(e) Veuf(ve)

Conditions d'attribution

- **Ne pas percevoir** la majoration pour tierce personne (MTP), l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).
- **Etre titulaire de la pension CNRACL à titre principal**
La CNRACL est la pension principale si :
 - le retraité ne perçoit que la CNRACL,
 - le retraité perçoit une pension personnelle de la CNRACL et une ou des pensions de réversion d'une autre caisse de retraite,
 - le retraité perçoit uniquement des pensions personnelles, la CNRACL doit rémunérer le plus grand nombre de trimestres,
 - le retraité perçoit uniquement des pensions de réversion, la CNRACL doit rémunérer le plus grand nombre de trimestres.
- **Etre âgé de 65 ans au moins, sauf si le retraité est**
 - atteint d'une incapacité grave (taux d'invalidité au moins égal à 60%),
 - dans une situation d'urgence (sortie d'hôpital, maladie grave au sens de l'article 322-1 du code de la sécurité sociale).
- **Avoir des revenus qui ne permettent pas de bénéficier de l'aide sociale.** Sont retenus par l'aide sociale toutes les ressources du foyer (imposables et non imposables)

Pièces à fournir obligatoirement pour constituer le dossier

- justificatif précisant la nature du droit (personnel ou de réversion) et le nombre de trimestres pris en compte par chaque retraite de base perçue,
- photocopie de toutes les pages de votre dernier avis d'impôt sur le revenu,
- photocopie des justificatifs de ressources perçues au jour de la demande en cas de changement de situation y compris les pensions de réversion,
- photocopie du justificatif du taux d'invalidité et photocopie de l'attestation de la carte vitale pour tout demandeur âgé de moins de 65 ans,
- la grille AGGIR ci-jointe.

Attention !

**L'envoi d'un dossier complet permet à la CNRACL
de vous répondre dans les meilleurs délais**

Pour nous contacter :

Caisse des Dépôts
Fonds d'action sociale
CNRACL
rue du vergne
33059 Bordeaux cedex
Téléphone : 05 56 11 36 68 - Fax : 05 56 11 36 63
courriel : fas.cnrACL.aidemenagere@caissedesdepots.fr

Si votre dernier avis d'impôt ne correspond pas à votre situation actuelle,

indiquez la date de votre nouvelle situation :

Cochez la nature du changement intervenu :

PROFESSIONNEL

- Départ à la retraite ou perception d'une autre pension
- Maladie
- Chômage
- Cessation ou reprise d'activité

FAMILIAL

- Mariage, concubinage ou pacs
- Naissance ou adoption
- Divorce
- Décès
- Hébergement en établissement de retraite d'un des deux conjoints

Ressources mensuelles imposables au jour de la demande

Ne pas reporter les centimes.

	Retraité(e)	Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)
CNRACL	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Régime général (CNAVTS, CRAM, CRAVTS)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Régime agricole (MSA salariés)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Régime de non-salariés (ORGANIC, CANCAVA, exploitants agricoles)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Régimes spéciaux (EDF, SNCF...)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Retraites complémentaires et rentes imposables	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Salaires imposables y compris les indemnités journalières de la sécurité sociale	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Allocations chômage, ASSEDIC	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Revenus des professions non salariées	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Pensions alimentaires reçues	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Autres revenus : (revenus de capitaux mobiliers, fonciers...)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Charges déductibles :		
• pensions alimentaires versées	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
• frais d'hébergement en maison de retraite	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

Renseignements sur le demandeur

Est-il bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ? oui non

Est-il bénéficiaire de l'allocation compensatrice (ACTP) ? oui non

Est-il bénéficiaire de la majoration pour tierce personne (MTP) ? oui non

A-t-il déjà déposé une demande d'aide ménagère à domicile :

- auprès de l'aide sociale ? oui non

- auprès d'un autre organisme ? oui non

Si le demandeur a obtenu une aide, précisez :

- le nombre d'heures par mois qui a été accordé :

- pour la période du au

A remplir par le demandeur

Je soussigné :

autorise l'organisme prestataire de service :

(dénomination complète)

à percevoir pour mon compte le montant de l'aide accordée par la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.

A

Date

Je m'engage :

- à vous signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et tout changement de domicile.
- à vous faire connaître, ainsi qu'au service d'aide ménagère à domicile, toute modification de ma situation au regard de l'APA, de l'ACTP et de la MTP.
- à faciliter toute enquête.

Signature obligatoire

Je certifie sur l'honneur l'authenticité des pièces et des renseignements fournis.

A remplir par le prestataire de service

A

Date

Je soussigné(e), certifie avoir vérifié à l'aide des pièces justificatives valables que le demandeur m'a présentées la conformité des renseignements fournis.

Cachet du prestataire de service

Signature du représentant du prestataire de service



La production ou l'usage de document falsifié fait encourir des sanctions pénales (articles L 433-19 et L 441-7 du nouveau code pénal).
Les avantages obtenus par fraude devront être reversés intégralement.

La loi sur l'informatique, les fichiers et les libertés vous donne un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant. Ce droit s'exerce auprès du service du fonds d'action sociale de la CNRACL

numéro de pension : []

Nom de naissance (en majuscules)

Prénoms (soulignez le prénom usuel)

Nom marital (s'il y a lieu)

Age N° de sécurité sociale []

EVALUATION DES BESOINS D'AIDE A DOMICILE

(à joindre **obligatoirement** à la demande d'aide ménagère)

Evaluation des besoins

Date d'évaluation : Visite à domicile oui non

Evaluation réalisée par :

le service d'aide à domicile

le service social

l'équipe médico-sociale

la coordination gérontologique

Nom de l'évaluateur :

Fonction :

N° de téléphone :

Durée de l'aide ménagère demandée

Nombre d'heures par mois : pour la période du au

Motif de la demande (état de santé, etc ...) GIR 5 GIR 6 (cochez la case correspondante)

A COMPLETER SANS SURCHARGE, NI RATURE

AUTONOMIE

VARIABLES DISCRIMINANTES (A = fait seul(e) totalement, habituellement, correctement, B = fait partiellement, C = ne fait pas)

Cohérence Converser et/ou se comporter de façon sensée	
Orientation Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
Toilette du haut du corps Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains	
Toilette du bas du corps Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds	
Habillage haut Le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras	
Habillage moyen Le fait de se boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture et des bretelles	
Habillage bas Le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures	
Alimentation : se servir Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre	
Alimentation : manger Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler	
Elimination urinaire Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	
Elimination fécale Assurer l'hygiène de l'élimination fécale	
Transferts Se lever, se coucher, s'asseoir	
Déplacements à l'intérieur Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
Déplacements à l'extérieur À partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport	
Communication à distance Utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette,... dans le but d'alerter	

GIR :

VARIABLES ILLUSTRATIVES (A = fait seul(e) totalement, habituellement, correctement, B = fait partiellement, C = ne fait pas)

Gestion Gérer ses affaires, son budget, se servir de l'argent, faire des démarches	
Cuisine Préparer les repas	
Ménage Effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
Transports Prendre et/ou commander un moyen de transport (au moins une fois par semaine)	
Achats Faire des acquisitions directes ou par correspondance	
Suivi du traitement Se conformer à l'ordonnance de son médecin	
Activités de temps libre Avoir des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs, de passe temps	



RETRAITES

CAISSE NATIONALE DE RETRAITES
DES AGENTS DES COLLECTIVITÉS LOCALES
ETABLISSEMENT DE BORDEAUX

Référence : PPRS/Aide ménagère
Tél. : 05 56 11 36 68 Fax : 05 56 11 36 63

A RETOURNER

Caisse des Dépôts
Fonds d'action sociale - CNRACL
Aide ménagère
Rue du Vergne
33059 Bordeaux Cedex

*Pour me permettre **d'assurer un suivi régulier** des dossiers d'aide ménagère, il vous appartient de me faire connaître **tous les changements de situation** concernant les retraités de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales qui bénéficient d'un service d'aide ménagère assuré par vos soins.*

Il est donc IMPERATIF de me retourner ce document dûment complété (faire des photocopies s'il y a plusieurs pensionnés concernés).

Nom et prénom du retraité :

.....

N° de pension de la CNRACL :

N° de sécurité sociale :

Décédé(e) le :

Départ définitif en maison de retraite le :

Déménagement le :

Nouvelle adresse :

N'a pas donné suite à sa demande :

Ne désire plus bénéficier du service à partir du :

Changement de situation de famille :

Marié(e) Veuf(ve) Depuis le :

Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), majoration pour tierce personne (MTP),
ou allocation personnalisée d'autonomie (APA) depuis le :

Cachet et signature de l'association