

Du 1<sup>er</sup> janvier 2025 au 31 décembre 2025

Document à envoyer par mail :  
cmcas-pdl.ass@asmeg.org

**Action Sociale**

**Aide à la Vie Domestique**

Soumise à conditions de ressources

Cette aide permet le maintien de la résidence principale en bon état d'agrément, de propreté, de confort, d'hygiène et de sécurité :

Tâches d'entretien régulières (aide mensuelle)

Tâches d'entretien périodique ou ponctuel (aide annuelle)

**1 OUVRANT DROIT :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance   /   /     NIA :

Agent en inactivité  OUI  NON      Veuf (ve) d'agent  OUI  NON

Adresse : .....

Code postal :           Commune : .....

Numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Adresse mail : .....@.....

**BÉNÉFICIAIRE DE L'AIDE :**

Nom et Prénom : ..... Lien de Parenté : .....

**AUTRES PERSONNES À CHARGE VIVANT AU FOYER :**

NOM et Prénom : ..... Lien de Parenté : .....

NOM et Prénom : ..... Lien de Parenté : .....

NOM et Prénom : ..... Lien de Parenté : .....

**ÊTES-VOUS BÉNÉFICIAIRE DE L'AIDE POUR L'AUTONOMIE (APA OU ADPA) :**  OUI  NON

Si oui, joindre la notification d'accord du département.

**QUELLE ASSOCIATION INTERVIENDRA CHEZ VOUS :** .....

*Dans le cas ou vous ne connaissez pas d'association, rapprochez-vous de la CMCAS qui vous orientera vers un partenaire de service.*

**À PARTIR DE QUEL JOUR DÉSIREZ-VOUS UTILISER CETTE AIDE :** .....

Je reconnais l'exactitude des déclarations de ressources ci-jointes, et je joins toutes les pièces justificatives pour l'établissement de mon dossier.

Justificatifs à fournir :

- Notification d'éligibilité ou l'inéligibilité à la PCH
- Notification du taux d'incapacité supérieur ou égal à 50 % de la CDAPH

**Ou**

- Carte Mobilité Inclusion (CMI)
- Notification d'attribution de l'allocation adulte handicapé (AAH)

**Ou**

- Notification d'attribution de la majoration pour tierce personne (MTP)

**Ou**

- Notification d'attribution de l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP)

**Ou**

- Notification d'une pension d'orphelin majeur handicapé (OMH) versée par la CNIEG

**Et**

- Certificat médical détaillé justifiant les besoins
- Justificatifs des éventuelles subventions extérieures (MDPH, CAMIEG, MUTUELLE ENERGIE,...)
- Avis d'imposition 2024 sur 2023
- Bulletin de pension ou de salaire
- Factures (À fournir dans un deuxième temps à réception de notre accord)
- RIB

À noter : mon dossier et mes justificatifs de dépenses devront être déposés à ma CMCAS avant le 31/12/2025 et je serai informé-e par courrier de l'accord ou du refus de prise en charge.

Plus d'informations sur cette prestation [ICI](#)

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.

Fait à : ..... Le ...../...../.....

Signature du demandeur :

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS..

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.