



L'essentiel & plus encore

# Demande d'aide au maintien à domicile des personnes âgées

### Quelles sont les aides attribuées par la MSA ?

La MSA peut prendre en charge différentes formes d'aides pour faciliter votre vie quotidienne à votre domicile. Ainsi la MSA accorde des prises en charge :

- pour des services à domicile : l'entretien du logement, les courses, la préparation des repas...
- pour d'autres types de services : le portage de repas et la télé assistance,
- pour la réalisation de petits travaux d'aménagement du logement d'un montant inférieur à 200 €.

### Quel est le montant des aides versées par la MSA ?

Le montant des aides dépend des ressources de l'ensemble du foyer. Il est déterminé à partir d'un barème défini par le Conseil d'administration de la MSA d'Armorique.

### A qui envoyer la demande ?

Vous devez adresser votre demande directement à la MSA d'Armorique, à l'adresse suivante :

**MSA d'Armorique – Service Prestations d'Action Sociale**  
**12, rue de Paimpont - 22025 Saint-Brieuc cedex 1**

### Comment votre demande va-t-elle être traitée ?

**A la réception de votre demande nous vérifierons que votre dossier est complet.** S'il est incomplet nous prendrons contact avec vous ou la personne à joindre pour le suivi de votre dossier (à compléter dans le paragraphe VI du formulaire).

**Si vous remplissez les conditions administratives**, notre partenaire Armorix Expertise, chargée de l'évaluation de vos besoins, prendra rendez-vous avec vous pour évaluer votre situation à votre domicile, **dans un délai de un mois**. Cette évaluation est indispensable. Elle a pour but de nous aider à mieux définir l'ensemble de vos besoins et nous permettre de vous apporter une réponse adaptée à votre situation. Lorsqu'elle vous contactera Armorix Expertise conviendra avec vous de la date et de l'heure d'un rendez-vous à votre domicile.

Si vous le souhaitez, cette visite peut se faire en présence d'un membre de votre famille, d'un proche ou d'une personne qui vous représente.

**A l'issue du rendez-vous, si votre situation le justifie, Armorix Expertise vous proposera un plan d'aide personnalisé** pour vous aider dans votre vie quotidienne. Ce document, signé par l'évaluateur et par vous-même, sera transmis pour décision à la MSA d'Armorique.

Vous recevrez ensuite, **dans un délai de 15 jours**, un courrier de la MSA vous faisant part de sa décision. En cas d'accord, la nature et le montant des aides vous seront précisés.

Vous pourrez ensuite prendre contact avec des services conventionnés avec la MSA d'Armorique.

### Attention :

⇒ La participation financière de la MSA ne pourra débuter qu'après réception de la notification d'accord de prise en charge.

⇒ Seuls les services prestataires seront pris en charge par la MSA. Dans les autres cas (chèque emploi service, service mandataire, gré à gré), les services ne pourront pas être inclus dans le plan d'aides.

- Aide à domicile -  Aide à domicile : urgence (sortie hospitalisation uniquement)
- Portage de repas -  Télé-assistance -  Adaptation du logement (montant des travaux < à 200 €)

I - Identification assuré	II - Identification conjoint
N° sécurité sociale : <input style="width: 100%;" type="text"/>	N° sécurité sociale : <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nom, Prénom : <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nom, Prénom : <input style="width: 100%;" type="text"/>
Date de naissance : <input style="width: 100%;" type="text"/>	Date de naissance : <input style="width: 100%;" type="text"/>
Adresse : <input style="width: 100%;" type="text"/>	Adresse : <input style="width: 100%;" type="text"/>
Ville : <input style="width: 45%;" type="text"/> Code postal : <input style="width: 45%;" type="text"/>	Ville : <input style="width: 45%;" type="text"/> Code postal : <input style="width: 45%;" type="text"/>
☎ : <input style="width: 45%;" type="text"/> email : <input style="width: 45%;" type="text"/>	☎ : <input style="width: 45%;" type="text"/> email : <input style="width: 45%;" type="text"/>
Avez-vous une complémentaire santé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Est-il/elle retraité(e) du régime agricole : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous hébergé en EHPAD ou foyer logement : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Est-il/elle hébergé(e) en EHPAD ou foyer logement : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

### III - Personnes vivant au foyer autres que le conjoint

Nom Prénom	Age	Lien de parenté	Situation de famille	Profession

### Conditions d'attribution

- ⇒ **Être âgé de plus de 60 ans et percevoir une retraite à titre principal de la MSA, soit :**
  - percevoir uniquement une retraite MSA,
  - percevoir une retraite personnelle MSA et une ou des pensions de réversion d'un autre organisme,
  - percevoir plusieurs retraites ou uniquement des pensions de réversion, celles versées par la MSA étant calculées sur le plus grand nombre de trimestres de cotisations.
- ⇒ **Ne pas percevoir le Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV).**
- ⇒ **Ne pas percevoir ou être éligible à la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'allocation compensatrice pour tierce personne (ATCP), la prestation compensatrice du handicap (PCH) ou la majoration tierce personne (MTP).**
- ⇒ **Disposer de revenus qui ne permettent pas de bénéficier de l'aide sociale du département. Sont retenues par l'aide sociale toutes les ressources du foyer (imposables et non imposables).**
- ⇒ **Ne pas résider en foyer logement ou en famille d'accueil.**

#### IV - Vos régimes de retraite

##### Retraite de base

Percevez-vous une autre retraite de base que celle de la MSA ? Oui  Non

Si oui, indiquez le nom des régimes qui vous versent d'autres retraites :

Autre(s) régime(s) : .....

Montant mensuel : .....

##### Retraites complémentaires

Indiquez ci-dessous le nom de votre caisse complémentaire principale :

.....

#### VI - Personnes 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 : .....

N° de téléphone : .....

Cette personne est :  un membre de la famille, un ami, un proche

votre tuteur, votre curateur

Nom de la structure d'aide à domicile envisagée : .....

#### V - Votre situation au regard des aides légales

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

- Allocation personnalisée d'autonomie (APA) Oui  Non  en cours  rejet
- Prestation spécifique dépendance Oui  Non  en cours  rejet
- Allocation compensatrice pour tierce personne Oui  Non  en cours  rejet
- Prestation compensatrice du handicap Oui  Non  en cours  rejet
- Majoration pour tierce personne Oui  Non  en cours  rejet
- Aide sociale légale du département Oui  Non  en cours  rejet
- Aide à domicile (pour moi ou mon conjoint) Oui  Non  en cours  rejet

Si oui indiquez la date depuis laquelle vous percevez cette aide : .....

Votre conjoint perçoit-il l'une de ces aides ces aides (APA, PSD...) ? : Oui  Non

Si oui précisez la nature de l'aide : .....

.....

#### VII- Pièces justificatives

**Pour que votre dossier soit complet vous devez obligatoirement joindre une photocopie de votre dernier avis d'impôt sur le revenu.**

Si vous bénéficiez d'un régime de protection juridique, vous devez fournir **une copie du jugement de curatelle, de tutelle ou de sauvegarde de justice.**

En cas de sortie d'hospitalisation, fournir **un bulletin de situation et une attestation de la Mutuelle indiquant la prise en charge ou non d'heures d'aide à domicile.**

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande. Je m'engage :**

- à signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint, ainsi que tout changement de domicile,
- à faire connaître toute modification de ma situation au regard de l'APA, de l'allocation compensatrice (ACTP), de la Prestation de compensation du handicap (PCH) et de la majoration tierce personne (MTP),
- à régler à la caisse les sommes éventuellement perçues à tort,
- à faciliter toute enquête.

**J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmises à une structure conventionnée avec la MSA pour permettre l'instruction de ma demande.**

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_ Votre signature

#### Cadre réservé à la MSA

- Tranche 1
- Tranche 2
- Tranche 3
- Tranche 4