



santé  
famille  
retraite  
services

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE

DES PERSONNES AGEES

## A RETOURNER A VOTRE CAISSE DE MSA:

*Pour l'Aude*

*Pour les Pyrénées Orientales*

**MSA GRAND SUD**  
**Service d'Action Sanitaire et Sociale**  
**6 Rue du Palais**  
**11011 Carcassonne Cedex 9**

**MSA GRAND SUD**  
**Service d'Action Sanitaire et Sociale**  
**23 Rue François Broussais**  
**66017 Perpignan Cedex 9**

## 1. A PROPOS DE VOUS...

Madame  Monsieur

Nom patronymique (*en majuscules*) :

Nom de naissance (*en majuscules*) :

Prénoms (*souligner le prénom usuel*) :

N° de sécurité sociale :

Date de naissance :

Votre ancien statut professionnel :

Salarié(e)  Non Salarié(e)

Votre adresse :

N°  Nom de la voie

Code postal :  Commune :

Vos coordonnées téléphoniques :

Téléphone domicile :  Téléphone portable :

Votre situation familiale :

Célibataire  Veuf (ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)

Marié(e)  Pacsé(e)  En concubinage

La personne à contacter pour le suivi de votre dossier

Nom :  Prénom :

Nature du lien :

Téléphone domicile :  Téléphone portable :

## 2. VOTRE CONJOINT

Madame       Monsieur

Nom d'époux ou d'épouse (*s'il y a lieu, en majuscules*) :

Nom de naissance (*en majuscules*) :

Prénoms (*souligner le prénom usuel*) :

N° de sécurité sociale :

Date de naissance :

## 3. LES AUTRES PERSONNES VIVANT AU SEIN DU FOYER

Madame       Monsieur

Nom :       Prénom :

Date de naissance :  -  -

Nature du lien :

Téléphone domicile :       Téléphone portable :

Madame       Monsieur

Nom :       Prénom :

Date de naissance :  -  -

Nature du lien :

Téléphone domicile :       Téléphone portable :

#### 4. VOTRE REGIME DE RETRAITE ET CELUI DE VOTRE CONJOINT, LES REVENUS DU FOYER

##### 4.1 - Retraites de base :

<b>VOUS (DEMANDEUR)</b>	<b>NOMBRE DE TRIMESTRES</b>	<b>NATURE DU DROIT</b> P : Personnel R : réversion
REGIME AGRICOLE SALARIES		
REGIME NON SALARIES Y COMPRIS EXPLOITANTS AGRICOLES		
AUTRES REGIMES DE SALARIES		
REGIMES ETRANGERS OU ORGANISATIONS INTERNATIONALES		
<b>VOTRE CONJOINT</b>	<b>NOMBRE DE TRIMESTRES</b>	<b>NATURE DU DROIT</b> P : Personnel R : réversion
REGIME AGRICOLE SALARIES		
REGIME NON SALARIES Y COMPRIS EXPLOITANTS AGRICOLES		
AUTRES REGIMES DE SALARIES		
REGIMES ETRANGERS OU ORGANISATIONS INTERNATIONALES		

**M** : mensuel, **T** : trimestriel, **S** : semestriel, **A** : annuel

##### 4.2 - Retraites complémentaires :

<b>NOM DES ORGANISMES</b>	<b>VOUS (DEMANDEUR)</b>		<b>CONJOINT</b>	
	<b>DERNIER MONTANT PERÇU</b>	<b>Préciser la périodicité : M, T, S, A</b>	<b>DERNIER MONTANT PERÇU</b>	<b>Préciser la périodicité : M, T, S, A</b>

**M** : mensuel, **T** : trimestriel, **S** : semestriel, **A** : annuel

##### 4.3 - Revenus du foyer :

	<b>VOUS : DEMANDEUR</b> (ou foyer fiscal si un seul avis d'imposition)	<b>CONJOINT</b>	<b>AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER</b>	<b>Nom :</b>	<b>Nom :</b>
<i>Toutes les ressources sont retenues par la caisse</i>					
REVENUS DE CAPITAUX MOBILIERS			RETRAITES OU SALAIRES		
REVENUS FONCIERS			REVENUS FONCIERS		
RETRAITE ANCIENS COMBATTANTS			REVENUS DE CAPITAUX		
TOUTE AUTRE RESSOURCE NON IMPOSABLE (RENTES)			TOUTE AUTRE RESSOURCE		

**Revenu mensuel brut global du foyer (mentionné sur ANI) :**

<b>REVENU MENSUEL BRUT GLOBAL</b>	
---------------------------------------	--

*Votre situation actuelle (à renvoyer)*

## 5. Votre demande est-elle liée à une modification récente de votre situation ?

- Oui  Non

## 6. Etes-vous concerné(e) par l'une ou plusieurs des situations décrites ci-dessous ?

- Vous avez plus de 81 ans
- Vous vivez seul(e)
- Vous avez un ou des problèmes de santé *(Si oui, préciser) :*
- Vous venez d'être hospitalisé*
  - Vous avez une maladie aiguë ou une pathologie chronique*
  - Vous avez été victime d'un accident ou d'une chute pouvant avoir un impact sur la vie quotidienne*
  - Vous êtes en situation de handicap (mental ou physique)*
  - Vous souffrez d'une déficience auditive, visuelle, cognitive (désorientation)*
  - Vous ressentez une fragilité psychologique (démotivation, détresse psychologique, repli sur soi...)*
- Vous êtes en situation d'aidant de votre conjoint ou d'une autre personne dépendante ou handicapée vivant au sein du foyer
- Votre conjoint, votre aidant ou un de vos proches est décédé
- Votre conjoint a été hospitalisé(e), est malade, ou est entré(e) en établissement
- Votre aidant est indisponible *(car il a des problèmes de santé, a été hospitalisé ou est en congés)*
- Vous avez déménagé ou votre aidant a déménagé
- Vous êtes isolé(e) socialement et/ou familialement *(vous avez peu de visites de votre famille ou entourage)*
- Vous êtes isolé(e) géographiquement

## 7. Votre situation au regard des aides légales

Percevez-vous l'une de ces aides ?

	<b>Vous</b>	<b>Votre conjoint</b>
▶ L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▶ L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▶ La prestation de compensation du handicap (PCH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▶ La majoration pour tierce personne (MTP) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

⇒ Si OUI, indiquer la date depuis laquelle vous percevez cette aide : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

- ⇒ Si NON, préciser si pour ces aides :
- Vous n'avez pas déposé de demande
  - Votre demande a été rejetée
  - Votre demande est en cours d'instruction
  - Vous en avez refusé l'attribution

Une des personnes de votre foyer perçoit l'une de ces aides ?  Oui .....  Non

## 8. Pièces justificatives

**Vous venez de remplir votre demande d'évaluation pour un accompagnement à domicile. Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre :**

- ▶ Une photocopie de votre dernier avis d'imposition et celui des personnes vivant au foyer.

**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
- à faire connaître toutes les modifications de ma situation et celle de mon conjoint au regard de l'APA, de l'ACTP, de la PCH, et de la MTP
- à régler à la Caisse de MSA les sommes éventuellement versées à tort,
- à faciliter toute enquête

Fait à : .....

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Votre signature :

*La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. 377-1 du code de la sécurité sociale, arts. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).  
La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses*

**Vous êtes retraité du régime agricole et vous souhaitez bénéficier d'une prise en charge de la MSA pour pouvoir recourir à des services vous permettant de rester à votre domicile.**

Vous trouverez dans ce dossier le formulaire de demande d'accompagnement que vous devrez compléter et renvoyer à la MSA qui instruira votre dossier.

Pour mieux connaître les conditions d'intervention de la MSA et pour vous aider à remplir ce dossier, reportez-vous aux informations ci-dessous.

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

La MSA peut prendre en charge différentes formes d'aide pour faciliter la vie quotidienne des retraités à leur domicile.

**Ainsi, la MSA accorde des prises en charge :**

- ▶ pour des services à domicile : aide à la toilette, aide aux déplacements, entretien du logement, aide aux courses, la préparation des repas, ...
- ▶ pour d'autres types de services : portage de repas, téléassistance...
- ▶ pour la réalisation de travaux d'aménagement du logement afin de prévenir la perte d'autonomie.

Après l'étude de votre situation et l'évaluation de vos besoins, ces aides pourront vous être proposées en fonction des services existants à proximité de votre domicile.

### 2. A qui ces aides peuvent-elles être attribuées ?

Les aides de la branche retraite sont attribuées aux retraités autonomes mais dont les conditions de vie, les ressources, l'âge ou l'état de santé créent une situation de fragilité qui rend nécessaire le recours à une aide pour le maintien à domicile.

**Pour pouvoir bénéficier d'une aide d'action sociale de la MSA, il faut :**

- ▶ Etre retraité du régime agricole de la sécurité sociale, à titre principal
- ▶ Avoir exercé son activité professionnelle la plus longue au régime agricole
- ▶ Répondre aux conditions de ressources permettant l'accès aux aides

**Attention :** Vous ne pouvez pas bénéficier d'une aide de la caisse :

- ⇒ Si vous percevez déjà ou si vous êtes éligible à la Prestation spécifique dépendance (PSD), l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), la Prestation de compensation du handicap (PCH) ou la Majoration pour tierce personne (MTP)
- ⇒ Si vous êtes hébergé(e) dans une famille d'accueil

### 3. Quel est le montant des aides versées par la Caisse ?

Le montant des aides dépend de vos ressources et le cas échéant de celles de votre conjoint(e). Il est déterminé à partir d'un barème défini par la MSA.

## 4. Comment remplir les différentes rubriques du formulaire ?

Complétez bien toutes les rubriques du formulaire. Ces renseignements sont indispensables pour étudier vos droits.

### Précisions sur le formulaire :

▶ Volet administratif : Vos coordonnées (le cas échéant les coordonnées de votre conjoint(e)), et les personnes à contacter

▶ Vos ressources : Reportez-vous à votre avis d'imposition (revenu brut global)

▶ Votre situation au regard des autres aides :

Les aides servies par la MSA ne peuvent pas être cumulées avec les prestations indiquées au point 2 de la présente notice.

C'est pourquoi nous vous demandons de préciser si vous bénéficiez déjà de l'une de ces prestations

## 5. A qui envoyer la demande ?

Vous devez envoyer votre demande directement à votre caisse (*voir coordonnées à la première page*)

### N'oubliez pas de joindre :

▶ Une photocopie de votre dernier avis d'imposition

### 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

## 6. Comment la demande va-t-elle être traitée?

A la réception de votre demande, nous vérifions que votre dossier est complet. S'il est complet, nous prendrons contact avec vous ou avec la personne à joindre pour le suivi de votre dossier (à compléter dans le dossier administratif)

Si vous remplissez les conditions administratives, un travailleur social de la MSA chargé de l'évaluation de vos besoins prendra alors rendez-vous avec vous pour évaluer votre situation à votre domicile.

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 :

⇒ en vous proposant si besoin la mise en place de services

⇒ en vous donnant des conseils pour bien vivre chez vous

Lorsqu'elle vous contactera, la personne chargée de l'évaluation vous précisera qu'elle vous appelle pour le compte de la MSA. Elle conviendra avec vous de la date et de l'heure d'un rendez-vous à votre domicile et vous en indiquera la durée approximative.

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

A l'issue du rendez-vous, si votre situation le justifie, un plan d'accompagnement personnalisé vous sera proposé pour vous aider dans votre vie quotidienne à domicile. Ce document sera transmis pour validation à la MSA.

Vous recevrez alors une notification de la caisse vous indiquant, en cas d'accord, la nature et le montant des aides qui vous seront attribuées.

## 7. Comment contacter votre caisse de MSA?

Pour tout renseignement sur l'action sociale de la MSA, vous pouvez contacter la caisse au :

N° de téléphone : 04 68 55 11 66

Mail : [asd.blf@grandsud.msa.fr](mailto:asd.blf@grandsud.msa.fr)

Site Internet : <https://grandsud.msa.fr>