ASIR Demande d'Aide pour faire face à une Situation de Rupture

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE

PARTIE A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Madame ☐ Monsieur ☐

Votre nom de naissance : …… Votre nom marital: ……

Vos prénoms *(soulignez le prénom courant)* : ……

Votre numéro de Sécurité Sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Votre date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Votre numéro de ☎ : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Votre adresse : ……

Code Postal : |__|__|__|__|__| Commune : ……

Votre courriel : ……

…

Votre conjoint(e) ou partenaire PACS ou concubin(e)

Son nom (*de naissance*) : …… Ses prénoms : ……

Son numéro de S S : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Sa date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__| En cas de décès, précisez la date |__|__|__|__|__|__|__|__|

Votre situation

Vous êtes : ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ou séparé(e)
☐ Marié(e) ☐ Vous avez conclu un PACS ☐ Vous vivez en concubinage

Vivez-vous seul(e) à votre domicile ? OUI ☐ NON ☐
Avez-vous des difficultés d'accès ou de déplacement au sein de votre logement ? OUI ☐ NON ☐

Avez-vous au moins deux contacts avec votre famille, vos amis, votre voisinage dans la semaine (hormis la personne vivant avec vous) ? OUI ☐ NON ☐
Souffrez-vous d'une pathologie lourde ou invalidante OUI ☐ NON ☐

Votre situation au regard des aides légales

Percevez-vous une aide du Conseil Général ?
- Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) OUI ☐ NON ☐
- Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) OUI ☐ NON ☐
- Prestation de compensation du handicap (PCH) OUI ☐ NON ☐

Percevez-vous la Majoration pour Tierce Personne (MTP) ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, indiquez la date depuis laquelle vous percevez ces aides : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Si NON, précisez si pour ces aides :

☐ Vous n'avez pas déposé de demande ☐ Votre demande est en cours d'instruction
☐ Votre demande a été rejetée ☐ Vous en avez refusé l'attribution

Motif de votre demande :

- Placement du conjoint : date du placement du conjoint : |__|__|__|__|__|__|__|__|
- Déménagement : date du déménagement : |__|__|__|__|__|__|__|__|
- Décès d'un proche ou d'un conjoint : date du décès : |__|__|__|__|__|__|__|__|
- Autre situation :……
  …… date : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Personne à contacter pour le suivi de votre dossier (Facultatif)

- Vous pouvez indiquer, si vous le souhaitez, les coordonnées d'une personne à contacter pour le suivi de votre dossier :

Nom, prénom : ……

Son numéro de ☎ : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Son courriel : ……

Cette personne est : ☐ un membre de votre famille, un ami, un proche ☐ votre tuteur ou curateur
☐ un service d'information pour les retraités

Pièces à joindre : - copie du dernier avis d'imposition
- justificatif de l'élément déclenchant la situation de rupture (acte de décès, nouveau contrat de location, admission en établissement…)

…/…

PARTIE A REMPLIR PAR LE SERVICE AYANT REPÉRÉ LE BESOIN D'AIDE

➢ **Identification du demandeur** **N° Sécurité Sociale** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NOM, Prénom : ……

Type de besoins exprimés ou repérés	**A compléter par la CARSAT**		
	Décision	Montant	Taux de participation du retraité
☐ **Ateliers de prévention** ☐ **Télé-assistance** ☐ **Aide aux courses** ☐ **Accompagnement pour démarches avec véhicule** ☐ **Portage de repas** ☐ **Aides techniques** ☐ **Forfait protection hygiène** ☐ **Entretien du linge et du logement** ☐ **Développement du lien social** ☐ **Accompagnement social en lien avec la situation de rupture :** ☐ en raison de la précarité matérielle ☐ compte tenu du besoin de soutien …… ……			
	T O T A L		

Facultatif (si l'intéressé ne choisit pas le service d'aide à domicile, le choix se fera avec l'évaluateur)

Un service d'aide à domicile est-il choisi ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, lequel :……

SIGNATURES ET CONTACTS

La demande doit être transmise dans les **six mois** suivant la date de l'évènement de rupture par **fax** ou **mail** de préférence.
Un **envoi postal** est possible à: **Carsat – Service Action Sociale - 2 rue Georges Vivent 31065 Toulouse Cedex 9**

Fait à : ……

Le |__|__|__|__|__|__|__|__|

Signature et cachet du service ayant repéré le besoin d'aide

Contact CARSAT :

NOM : ……

☎ : ……

Fax : 05.62.14.26.93

Mail : action.sociale@carsat-mp.fr

Début de prise en charge :

|__|__|__|__|__|__|__|__|

Fin de prise en charge :

|__|__|__|__|__|__|__|__|

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 et tout changement de domicile,
- à faire connaître toute modification de ma situation au regard de la PSD, de l'APA, de l'ACTP, de la PCH et de la MTP,
- à régler à la Caisse les sommes éventuellement versées à tort,
- à faciliter toute enquête.

J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à un autre organisme conventionné avec la Caisse pour permettre l'instruction de ma demande.

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du Code de la Sécurité Sociale.

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L.114-13 du Code de la Sécurité Sociale, arts 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du Code Pénal).
En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L.114-17 du Code de la Sécurité Sociale.

Fait à : ……

Le |__|__|__|__|__|__|__|__|

Signature du demandeur :