



- Première demande Renouvellement Augmentation d'heures

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

N I R (numéro de sécurité sociale)

NOM (en majuscules) Prénoms

Adresse

Code postal Ville

Tél : Adresse électronique :

MUTUELLE N° ADHERENT

Si mutuelle UNEO, préciser votre mutuelle sociale : **MNM** **CNG** **MAA**

N° CAF :

ACTIF militaire, grade civil

RETRAITE militaire civil

AUTRES veuf(ve) ayant-cause autre-

Armée d'appartenance :

IDENTIFICATION DU CONJOINT CONCUBIN PACSE

NOM (en majuscules) Prénoms

Date de naissance

BENEFICIAIRE

- Assuré
 Conjoint
 Autre

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

NOM - Prénoms	Age	Lien de parenté	Profession

RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER

	Assuré	Conjoint	Autres
A. AVANTAGE PRINCIPAL			
Pension militaire de retraite.....			
Pension militaire de réversion			
Sécurité sociale (CARSAT ...)			
Solde ou salaire			
Allocations familiales			
Pension alimentaire			
B. AUTRES RETRAITES			
Pension militaire d'invalidité.....			
Pension de veuve de guerre.....			
Retraite complémentaire (cadre ou non)			
C. AUTRES RESSOURCES			
Rentes viagères.....			
Revenus mobiliers et immobiliers.....			
Allocation d'aide sociale (AAH ou allocation compensatrice ou prestation dépendance) ..			
Autres ressources éventuelles.....			
TOTAL	€	€	€

AIDE (à renseigner en totalité obligatoirement)

Nombre total d'heures demandées : _____ heure(s) par mois

Pendant _____ mois à compter du 1er _____ Mois _____ année au tarif horaire de _____ €

En cas d'urgence, préciser le jour de début de l'aide souhaitée : _____ Jour _____ mois _____ année

Préciser si tarif horaire Prestataire Mandataire Aide indépendante (charges patronales comprises)**L'aide sera dispensée par :** (ne doit pas être un membre de la famille) Association d'aide à domicile Aide indépendante payé par CESU (chèque emploi service universel)

Identité (de l'association ou de l'aide indépendante) : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Fax : _____

Adresse électronique: _____

SUBROGATION : J'autorise le versement direct, à l'association d'aide à domicile agréée ou conventionnée, du montant de la participation allouée par la CNMSS.

Date :

Signature

MOTIF DE LA DEMANDE ⁽¹⁾ **Handicap**

- moteur
- sensoriel
- psychique

 Maladie

- état passager
- état de longue durée

 Maternité

Date présumée d'accouchement _____

 Article L212-1 (ex L. 115) **Accident**

- causé par un tiers
- domestique
- Date _____

Objet de la demande et observations éventuelles :**ENVIRONNEMENT** ⁽¹⁾**FAMILLE** à domicile à proximité éloignée inexistante/indifférente**VOISINAGE** très disponible peu disponible indifférent**COMMERCES** proches éloignés**HABITATION** appartement _____ étage ascenseur maison individuelle plain-pied étage foyer-logement**SERVICES ET PRESTATIONS DONT BENEFICIE LE DEMANDEUR** ⁽¹⁾ Soins à domicile Lavage du linge Portage des repas ou foyer restaurant**1- Autre organisme sollicité** OUI NON

Si OUI, lequel _____

Nombre d'heures accordées par mois _____ Période du _____ au _____

2- Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) OUI NON

Si OUI, date de la demande _____ Date décision d'attribution : _____

Date décision de refus : _____

GRILLE AUTONOMIE GERONTOLOGIE GROUPES ISO-RESSOURCES (GIR)

Fait seul(e) totalement, habituellement, correctement

A

Fait partiellement

B

Ne fait pas

C

VARIABLES DISCRIMINANTES

	ASSURE	CONJOINT
COHERENCE – Converser et/ou se comporter de façon sensée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORIENTATION – Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOILETTE HAUT DU CORPS – Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOILETTE BAS DU CORPS – Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE HAUT – Le fait de passer les vêtements par la tête et/ou les bras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE MOYEN – Le fait de boutonner un vêtement, mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture et des bretelles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE BAS – Le fait de passer les vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, bas et chaussures.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTATION : SE SERVIR – Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTATION : MANGER – Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELIMINATION URINAIRE – Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELIMINATION FECALE – Assurer l'hygiène de l'élimination fécale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSFERTS – Se lever, se coucher, s'asseoir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR – Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR – A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMMUNICATION A DISTANCE – Utiliser téléphone, alarme, sonnette dans le but d'alerter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GIR :	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="checkbox"/>

VARIABLES ILLUSTRATIVES

	ASSURE	CONJOINT
GESTION – Gérer ses affaires, son budget, se servir de l'argent, faire ses démarches.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUISINE – Préparer les repas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MENAGE – Effectuer l'ensemble des travaux ménagers.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSPORTS – Prendre et/ou commander un moyen de transport (au moins une fois par semaine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACHATS – Faire des acquisitions directes ou par correspondance.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUIVI DU TRAITEMENT – Se conformer à l'ordonnance de son médecin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE – Avoir des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs, de passe-temps.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATION

En vue d'obtenir une aide complémentaire éventuelle, la communication de votre dossier avec la mutuelle⁽²⁾ et l'assistant (e) de service social de la Défense⁽¹⁾, interviendra automatiquement sauf mention contraire de votre part.

Je refuse le partage de mon dossier avec ma mutuelle militaire
 l'assistante de service social du ministère de la Défense

⁽¹⁾ L'autorisation donnée pour le partage des informations à l'assistant(e) de service social de la Défense implique une prise de contact (rendez-vous, visite, etc.) aux fins d'établir une évaluation de la situation sociale nécessaire à la prise de décision

⁽²⁾ Les cinq mutuelles (UNEO, MNM, CNG, MAA, MSPP) adhèrent au réseau social de la Défense qui vise à simplifier et accélérer le traitement des demandes d'aide médico-sociale

⇒ La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit aux personnes un droit d'accès et de rectification des données nominatives les concernant.

⇒ La sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par les organismes de sécurité sociale peuvent être vérifiées dans le cadre de l'exercice du droit de communication réglementé par les articles L114-19 et suivants du code de la sécurité sociale.

⇒ Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (articles 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code pénal)

ATTESTATION : J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations que j'ai fournies.

Date et signature du demandeur

JUSTIFICATIFS

- 1 **Sous pli confidentiel** le certificat médical, à l'attention du médecin conseil donnant un diagnostic précis et détaillé : nature de la maladie, date du début, stade, traitement, conséquences pratiques handicapantes, troubles de mémoire...
- 2 Le bulletin de séjour hospitalier ou l'attestation précisant les dates d'entrée et de sortie le cas échéant
- 3 La décision d'attribution de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou le plan d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou, le cas échéant, le récépissé de dépôt de la demande
- 4 La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition **dans son intégralité**.
- 5 Les photocopies justificatives des ressources mensuelles ou trimestrielles des personnes vivant au foyer (salaire, solde, pension, prestations familiales...)
- 6 La photocopie de la carte de mutuelle de l'année en cours (recto-verso)
- 7 Le devis établi par l'association d'aide qui précise si elle est signataire d'une convention avec la CNAV et le tarif horaire, sinon joindre l'attestation d'engagement dans le cas d'un recrutement direct
- 8 Autre :

L'enveloppe contenant le dossier doit être adressée à :

Affranchir

Caisse nationale militaire
de sécurité sociale
Bureau Action Sanitaire et Sociale
247, avenue Jacques Cartier
83090 TOULON CEDEX 9