



Demande d'Aide sur la Téléassistance **Année 2024**

1. DEMANDEUR OUVRANT-DROIT

NOM : Prénom :

NIA : Date de naissance :

Etes-vous retraité(e) du régime général ? oui non

Si oui, bénéficiez-vous d'un plan d'aide OSCAR ? oui non

→ Si oui, veuillez fournir une copie du plan d'aide.

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° de téléphone :

Courriel :@.....

Vous êtes : CELIBATAIRE MARIE(E) DIVORCE(E) CONCUBINAGE
SEPARE(E) VEUF(VE) Partenaire d'un PACS

2. VOTRE SITUATION AU REGARD DES AIDES LEGALES

Percevez-vous l'une de ces aides ?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ◆ Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Prestation Spécifique Dépendance (PSD) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Prestation Compensatrice du Handicap (PCH) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Majoration pour Tierce Personne (MTP) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Si **OUI**, indiquez la date depuis laquelle vous percevez cette aide :/...../.....

Si **NON**, précisez si pour ces aides :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas déposé de demande | <input type="checkbox"/> Votre demande est en cours d'instruction |
| <input type="checkbox"/> Votre demande a été rejetée | <input type="checkbox"/> Vous en avez refusé l'attribution |

Etes-vous en situation de handicap : Oui Non

Si oui quel taux : |____| %

3. DOCUMENTS A FOURNIR

- Avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022 (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- Notification du Conseil Départemental si vous percevez l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)
- Notification d'accord ou de refus de prise en charge éventuelle d'autres organismes :
 - ➔ CARSAT (dispositif OSCAR), Mairie, CCAS de votre Commune...
- Echéancier du prestataire pour l'année 2024
- Relevé d'Identité Bancaire

4. PERSONNE A CONTACTER POUR LE SUIVI DE VOTRE DOSSIER

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

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° de téléphone :

Cette personne est un membre de votre famille, un ami, un proche

votre tuteur ou curateur

5. IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE CHOISI

Le dispositif est-il en fonction dans votre domicile ? OUI NON

Si oui, depuis le / /

Si non, avez-vous pris contact avec un prestataire ? OUI NON

NOM DU PRESTATAIRE :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage à prévenir immédiatement la CCAS de toute modification susceptible d'intervenir dans les éléments fournis à l'appui de ma demande et, le cas échéant, à lui rembourser, toute somme indûment perçue au titre de l'aide à la Téléassistance.

Fait à : Le/...../.....

Signature :

Le dossier est à retourner complété, daté et signé à l'adresse suivante :

- Par courrier : CMCAS LORRAINE SUD/HAUTE-MARNE
Pôle Action Sanitaire & Sociale
5, Rue de l'Abbé Gruet
52100 SAINT-DIZIER
- Par mail : lshm.cmcas@asmeg.org

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS. Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. 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.