



# Demande d'Aide aux Dépenses d'Hygiène 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 de la participation éventuelle d'autres organismes (CARSAT, MDPH...)
- Factures nominatives notifiant vos dépenses d'hygiène sur **l'année 2024** (et non des tickets de caisse) à nous envoyer au fur et à mesure et ce, au plus tard le **31 décembre 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

**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

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

**Je m'engage à prévenir immédiatement la CMCAS 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 aux dépenses d'hygiène.**

Fait à : ..... Le ...../...../.....

**Signature :**

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.***