



Articles L. 713-20, R. 713-7 et R. 713-8 du code de la sécurité sociale

Première ☐ Renouvellement

☐ Augmentation d'heures

Noms de A à E : Noms de F à L : Noms de M à Z :
☎ 04 94 16 36 28 ☎ 04 94 16 95 89 ☎ 04 94 16 36 29



n°13344*03

[illegible]

NOM (en majuscules)	Prénoms
---------------------	---------

Date et lieu de naissance

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

MUTUELLE (si mutuelle UNEO, préciser votre mutuelle sociale) N° ADHERENT

MNM ☐

CNG ☐

MAA ☐

NOM (en majuscules) Prénoms

Date de naissance _____

☐ Assuré
☐ Conjoint
☐ Autre

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER				
NOM - Prénoms	Age	Lien de parenté	Situation de famille	Profession

ACTIF

<input type="checkbox"/> militaire, grade	Statut	<input type="checkbox"/> volontaire	<input type="checkbox"/> engagé	<input type="checkbox"/> de carrière
<input type="checkbox"/> civil		<input type="checkbox"/> fonctionnaire	<input type="checkbox"/> ouvrier d'Etat	<input type="checkbox"/> agent s/ contrat

RETRAITE ☐ militaire ☐ civil

AUTRES ☐ veuf(ve) ☐ ayant-cause ☐ autre

Armée d'appartenance

A. AVANTAGE PRINCIPAL	Assuré	Conjoint	Autres
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			
Redevance "tabac"			
Allocation d'aide sociale (AAH ou allocation compensatrice ou prestation dépendance) ..			
Autres ressources éventuelles			
CHARGES			
TOTAL	€	€	€

AIDE (à renseigner en totalité obligatoirement)**Nombre total d'heures demandées :**☐ par jour _____ ☐ par mois _____

Pour la période du _____ au _____ Au tarif horaire de _____ €

Préciser si tarif horaire ☐ National ☐ Mandataire ☐ Aide indépendante (charges patronales comprises)**L'aide sera dispensée par :** (ne doit pas être un membre de la famille)☐ Employé de maison en recrutement direct : M _____☐ l'association d'aide à domicile :

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Fax : _____

Mail : _____

MOTIF DE LA DEMANDE ⁽¹⁾☐ **Handicap**

- ☐
- moteur
-
- ☐
- sensoriel
-
- ☐
- psychique

☐ **Maladie**

- ☐
- état passager
-
- ☐
- état de longue durée

☐ **Maternité**Date présumée d'accouchement
_____☐ **Article L. 115**☐ **Accident**

- ☐
- causé par un tiers
-
- ☐
- domestique

Date _____

Objet de la demande et observations éventuelles :

.....

.....

.....

.....

**AVIS EVENTUEL EMIS PAR L'ASSISTANT(E) DE SERVICE SOCIAL
SUR LA SITUATION SOCIALE DU DEMANDEUR**☐ **FAVORABLE**☐ **DEFAVORABLE****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 ☐ eau courante ☐ chauffage ☐ collectif ☐ bois
☐ foyer-logement ☐ individuel ☐ fuel
☐ autre**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 : _____

⁽¹⁾ cocher d'une ☒ la case correspondant à la formule adaptée

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 type="checkbox"/>	<input 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"/>

JUSTIFICATIFS (ne tenir compte que des rubriques cochées d'une croix) ☒

joindre obligatoirement :

- ☐ **Sous pli confidentiel** le certificat médical donnant un diagnostic précis et détaillé : nature de la maladie, date du début, stade, traitement, conséquences pratiques handicapantes, troubles de mémoire...
- ☐ Les photocopies justificatives des ressources mensuelles ou trimestrielles (dernier bulletin de pension militaire et autres pensions même non imposables)
- ☐ Les pièces justificatives des ressources des personnes vivant au foyer (salaire, indemnités journalières, allocation chômage, pensions...)
- ☐ Le dernier avis d'imposition ou de non imposition (recto-verso)
- ☐ La décision d'attribution de la prestation de compensation (PCH) ou le plan d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou, le cas échéant, le récépissé de dépôt de la demande
- ☐ Le dernier talon de versement des prestations familiales (CAF)
- ☐ Le dernier bulletin de solde ou de salaire
- ☐ La copie des documents de liquidation de pensions
- ☐ La photocopie de la carte de mutuelle de l'année en cours (recto-verso)
- ☐ 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
- ☐ Autre :

ATTESTATION * Cocher la case correspondante

Toute fausse déclaration tombe sous le coup de l'article L. 114-13 du code de la sécurité sociale sans préjudice des peines résultant de l'application du code pénal ou d'autres lois


- ☐ J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations que j'ai fournies **Date et signature du demandeur**

- ☐ J'autorise la communication de mon dossier pour instruction en vue d'obtenir une aide complémentaire éventuelle
- ☐ à l'assistant(e) de service social du ministère de la Défense⁽¹⁾
☐ à ma mutuelle militaire⁽²⁾
- ☐ Je n'autorise pas la communication de mon dossier pour instruction en vue d'obtenir une aide complémentaire éventuelle
- ☐ à l'assistant(e) de service social du ministère de la Défense⁽¹⁾
☐ à ma mutuelle militaire⁽²⁾

Date et signature du demandeur

⁽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

 L'enveloppe contenant le dossier doit être adressée à :

IMPORTANT :

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit aux personnes un droit d'accès et de rectification des données nominatives les concernant.

Affranchir

Caisse nationale militaire
de sécurité sociale
Bureau Action Sanitaire et Sociale
83090 TOULON CEDEX 9