



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



n°13344*04

- ☐
- Première demande
- ☐
- Renouvellement
- ☐
- Augmentation d'heures

N I R (numéro de sécurité sociale)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM (en majuscules) _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Tél : _____ Adresse électronique : _____

MUTUELLE _____ N° ADHERENT _____

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

ACTIF ☐ militaire, grade ☐ civil

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

RETRAITE ☐ militaire ☐ civil

Armée d'appartenance :

NOM (en majuscules) _____ Prénoms _____

Date de naissance _____

☐ Assuré

☐ Conjoint

☐ Autre

NOM - Prénoms	Age	Lien de parenté	Profession

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			
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 _____ au tarif horaire de _____ €
Mois annéeEn cas d'urgence, préciser le jour de début de l'aide souhaitée : _____
Jour mois annéePréciser 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 payée par CESU (chèque emploi service universel)

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

Adresse : _____

Tél. : _____ Fax : _____

Adresse électronique: _____

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 :

.....

.....

.....

.....

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 : _____

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

VARIABLES ILLUSTRATIVES

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

ATTESTATION Cocher la case correspondante

- ☐ 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⁾ oui ☐ non ☐
- ☐ à ma mutuelle militaire⁽²⁾ oui ☐ non ☐

Date et signature du demandeur

⁽¹⁾ L'autorisation donnée pour le partage des informations à l'assistant 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

IMPORTANT

- ⇒ 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)

JUSTIFICATIFS**A JOINDRE OBLIGATOIREMENT**

- 1 *Le certificat médical*, donnant un diagnostic précis et détaillé : nature de la maladie, date du début, stade, traitement, conséquences pratiques handicapantes, troubles de mémoire.....
Par courrier, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil (adresse ci-dessous)
Ou par fax au 04 94 16 37 53 ou par courriel à dsm-ass@cnmss.fr
- 2 La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition (recto-verso)
- 3 Les photocopies justificatives des ressources mensuelles ou trimestrielles des personnes vivant au foyer (derniers bulletin de salaire, solde, pension et dernier talon de versement des prestations familiales...)
- 4 La photocopie de la carte de mutuelle de l'année en cours (recto-verso)
- 5 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
- 6 Autre :

LE CAS ECHEANT

- 7 Le bulletin de séjour hospitalier ou l'attestation précisant les dates d'entrée et de sortie,
- 8 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 récépissé de dépôt de la demande

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