

Téléassistance 2024 Dans le cadre des aides handicap

1. Vous-même

Madame Monsieur Votre nom de naissance

Votre nom d'usage (nom d'épouse) :

Vos prénoms :

Votre NIA :

Etes-vous retraité du régime général ? OUI NON

Votre date de naissance

Votre numéro de téléphone

Votre adresse :

Code postal Commune :

2. Votre situation au regard des aides légales

Percevez-vous une de ces aides ?

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

IMPORTANT : si un autre organisme vous verse une aide financière pour la téléassistance, vous ne pouvez bénéficier de cette prestation par votre CMCAS.

3. Votre situation de famille

Vous êtes célibataire veuf (ve) séparé (e) divorcé (e) marié (e)
 en concubinage partenaire de PACS

4. Votre conjoint (e), concubin (e) ou partenaire de PACS

Son nom de naissance : Son nom d'usage :

Son prénom :

Sa date de naissance

Est-il (elle) retraité (e) du Régime Général ? OUI NON

Est-il (elle) hébergé (e) en établissement ? OUI NON



5. Votre demande d'aide

Votre demande d'aide est-elle liée à une modification récente de votre situation ? OUI NON

Si oui, précisez cette situation :

- Départ ou décès du conjoint ou d'un membre de la famille
- Dégradation subite de votre état de santé
- Retour d'hospitalisation
- Autre, précisez :

Choix du prestataire de téléassistance :

6. Personne à contacter pour le suivi de votre dossier

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

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Numéro de téléphone :

Cette personne est : Un membre de votre famille, un ami, un proche
 Votre tuteur ou curateur

7. Pièces justificatives à joindre obligatoirement

- L'avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022
- Notification du taux d'incapacité supérieur ou égal à 50 % et/ou Carte Mobilité Inclusion (CMI)
- Le justificatif d'éventuelles subventions extérieures pour la téléalarme (Plan d'aide APA, PCH...)
- La copie du contrat de téléalarme
- La copie du jugement de curatelle, de tutelle ou de sauvegarde de justice (si vous bénéficiez d'un régime de protection juridique)
- Le document de refus de prise en charge de votre caisse de retraite (si vous bénéficiez d'une pension de réversion et êtes retraité du régime général)



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

Je m'engage :

- à signaler toute modification de ma situation et celle de mon conjoint, ainsi que tout changement de domicile ;
- à faire connaître toute modification de ma situation au regard de la PSD, de l'APA, de l'ACTP, de la PCH et de la MTP ;
- à rembourser à la CMCAS les sommes éventuellement versées à tort ;
- à faciliter toute enquête.

Fait à :

Le

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

Votre signature :