

Document à remettre à votre **CMCAS** ou  
**SLVie** ou à envoyer par **mail**  
**gironde.cmcas070@asmeg.org**

## Action sociale

### Aide à la Vie Domestique

Reconnaissance MDPH de 50% minimum  
Soumise à conditions de ressources du foyer

**Attention, le calcul de votre coefficient social pour les aides de l'action sociale est différent du calcul de votre participation aux séjours de vacances.**

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de l'aide à la Vie Domestique pour l'année 2024

### 1 Demandeur ouvrant-droit

Madame  Monsieur  Nom de naissance : .....

Nom d'époux ou d'épouse (s'il y a lieu) : ..... Prénom : .....

NIA :

Numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Courriel : .....@.....

Adresse : .....

Code postal :  Commune : .....

### 2 Bénéficiaire de l'aide si différent de l'Ouvrant-droit

Enfant  Conjoint(e)

Nom (de naissance) : ..... Prénom : .....

Date de naissance

### 3 Votre demande d'aide

Les différentes prestations ne sont pas cumulables :

**15 Heures / mois** pour les actifs ou **23 Heures / mois** pour les pensionnés dans la limite d'un plafond par année civile pour les interventions courantes et régulières (avantage fiscal de 50% de crédit d'impôt sur votre reste à charge).

**100 Heures / an** dans la limite d'un plafond par année civile pour les travaux de nettoyage périodique ou ponctuel (avantage fiscal de 50% de crédit d'impôt sur votre reste à charge).

### 3 – Prestation envisagée

- Je règle mon aide à domicile par CESU et la CMCAS me rembourse sa participation
- Je règle directement l'association et la CMCAS me rembourse sa participation
- Je règle uniquement ma participation à l'organisme prestataire et la CMCAS règle sa participation à l'organisme

Nom de l'organisme : .....

Adresse : .....

Tél : .....

### 4 Documents à fournir selon la situation :

- Dernier avis d'imposition du foyer 2023 sur les revenus 2022
- Les justificatifs des éventuelles subventions extérieures (CAMIEG, Mutuelles, etc.)
- Dernier bulletin de pension pour les retraités (CARSAT – CNIEG – autres régimes)
- Certificat médical motivant le **besoin** et le **nombre d'heures**
- Notification de reconnaissance CDAPH a minima **50 %**
- Carte Mobilité Inclusion - invalidité (CMI)
- Notification d'attribution d'une PCH
- Notification d'attribution de la Majoration Tierce Personne (MTP)
- Notification d'attribution de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)
- Notification d'attribution d'une pension pour Orphelin majeur Handicapé (OMH)
- Factures
- RIB

#### Intervention préalable des organismes extérieurs :

- Employeurs dans le cadre des suites d'un accident du travail ou maladie professionnelle
- Après épuisement des droits mutuelles si hospitalisation, CAF, Assurance
- Après épuisement des droits éventuels ouverts aux autres régimes pour les ayants Droits

#### REMARQUE :

Cette aide est accordée **UNIQUEMENT** en complément d'heures et non en complément financier des aides accordées par les organismes extérieurs

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.

Fait à : ..... Le ...../...../.....

Signature du demandeur :

### 6 Cadre réservé à la CMCAS

Coefficient social .....

% de participation .....

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS..

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.