



## IMPRIME DE DEMANDE D'UNE AIDE A LA QUALITE DE VIE (AIDE PONCTUELLE)

L'aide à la qualité de vie (auxiliaire de vie) permet aux bénéficiaires d'obtenir à domicile des travaux d'entretien courant du logement, les courses, la confection des repas, des soins, gardes d'enfants.

- Aide ponctuelle pour incapacité temporaire (plafond de 80h par année civile)
- Aide pour incapacité relevant de la liste des maladies longues durée (ALD) ou traitement répétitif (attribution de 8h00 à chaque traitement).

Le droit à cette aide est ouvert aux familles dont le coefficient social (revenu fiscal de référence /nbre de parts) est inférieur ou égal à 30 000 €.

### 1/ DEMANDEUR

NOM : .....	Prénom : .....	
Date de naissance : .....	N.I.A. : .....	
Adresse : .....		
..... Bât : ..... Esc. : ..... Etage : .....		
Code Postal : .....	Ville : .....	N° Tél. : .....
Vous êtes :		
CELIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIE (E) <input type="checkbox"/> DIVORCE (E) <input type="checkbox"/> SEPRE (E) <input type="checkbox"/> VEUF (VE) <input type="checkbox"/>		
ACTIF(VE) <input type="checkbox"/> INACTIF(VE) <input type="checkbox"/> HANDICAPE(E) <input type="checkbox"/> Partenaire d'un PACS <input type="checkbox"/>		

<b>Plafond 80h par année civile</b> <input type="checkbox"/>	<b>Attribution de 8h par traitement</b> <input type="checkbox"/>
<b>Incapacité temporaire</b>	<b>maladie longue durée ou traitement répétitif</b>

### 2/ DOCUMENTS A FOURNIR

- 1) Un certificat médical précisant le nombre d'heure, la durée précisant que la pathologie nécessite une aide à domicile
- 2) Le dernier avis d'imposition
- 3) Notification d'accord ou de refus des organismes extérieurs (ex justificatif CAF en vu du complément d'heures à verse)
- 4) Pour les ouvrants-droit percevant une pension d'invalidité (sauf catégorie 1) fournir un justificatif de celle-ci
- 5) Pour les ouvrants-droits actifs percevant une pension de réversion fournir une copie du bulletin de pension de réversion ainsi qu'une copie de la dernière fiche de paie

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

**Fait à :** ..... **le :** ...../...../.....

**Signature du demandeur :**

### INTERVENTION PREALABLE D'ORGANISMES EXTERIEURS

Cette aide est accordée en complément d'heures après intervention éventuelle :

- De la caisse d'allocation familiale (CAF)
- De la caisse primaire d'assurance maladie du conjoint (CPAM)
- Du conseil Général dans le cadre de la protection maternelle et infantile (PMI- Enfant de moins de 6 ans)
- Des autres mutuelles ou assurances privées particulièrement dans le cadre des suites d'un accident
- De la MUTIEG pour les contrats supplément SODELI et CORT
- De l'IDCP dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation suite à un accident
- Des employeurs dans le cadre des suites d'un accident de travail / maladie professionnelles

### **3/ CADRE RESERVE A LA CMCAS**

**BAREME DE PARTICIPATION (de 10% à 90% selon coefficient social)**

**REVENU FISCAL DE REFERENCE**.....

**COEFFICIENT SOCIAL** .....

**PARTICIPATION AGENT :** .....

**PARTICIPATION DU FONDS D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE :** .....

**A COMPTE DU :** .....

**JUSQU'AU :** .....