

**Imprimé réservé aux ressortissants agricoles de la MSA BERRY-TOURAINNE  
(domiciliés sur les départements de l'Indre, Indre-et-Loire et Loir-et-Cher)**



**santé**  
**famille**  
**retraite**  
**services**

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE A DOMICILE POUR LES PERSONNES RETRAITEES.

| TYPE DE DEMANDE                 |      |                  |
|---------------------------------|------|------------------|
| AIDE A DOMICILE                 | ARDH | PORTAGE DE REPAS |
| Mandataire                      |      |                  |
| Prestataire                     |      |                  |
| Gré à Gré                       |      |                  |
| Nom et Cachet de la structure : |      |                  |

\*Cocher les cases correspondantes

***Cette demande s'adresse aux personnes qui sont retraitées du régime agricole et qui souhaitent bénéficier d'une prise en charge de la MSA pour pouvoir recourir à des services leur permettant de rester à domicile.***

### **1. Quelles sont les aides attribuées par la MSA ?**

La MSA peut prendre en charge différentes formes d'aide pour faciliter la vie quotidienne des retraités à leur domicile.

**Ainsi, la MSA accorde des prises en charge :**

- ▶ pour des services à domicile : aide à la toilette, aide aux déplacements, entretien du logement, aide aux courses, la préparation des repas, ...
- ▶ pour d'autres types de services : portage de repas, téléassistance...
- ▶ pour la réalisation de travaux d'aménagement du logement afin de prévenir la perte d'autonomie

Après l'étude de leur situation et l'évaluation de leurs besoins, ces aides pourront leur être proposées en fonction des services existants à proximité de leur domicile

### **2. A qui ces aides peuvent-elles être attribuées ?**

Les aides de la branche retraite sont attribuées aux retraités autonomes mais dont les conditions de vie, les ressources, l'âge ou l'état de santé créent une situation de fragilité qui rend nécessaire le recours à une aide pour le maintien à domicile.

**Pour pouvoir bénéficier d'une aide d'action sociale de la MSA, il faut :**

- ▶ Etre retraité du régime agricole de la sécurité sociale, à titre principal
- ▶ Avoir exercé son activité professionnelle la plus longue au régime agricole
- ▶ Répondre aux conditions de ressources permettant l'accès aux aides
- ▶ Résider dans les départements de l'Indre, de l'Indre et Loire ou de Loir et Cher.

**Attention :** Ne peuvent pas bénéficier d'une aide de la caisse :

- ⇒ les personnes percevant déjà ou étant éligible à la Prestation spécifique dépendance (PSD), l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), la Prestation de compensation du handicap (PCH) ou la Majoration pour tierce personne (MTP)

### 3. Quel est le montant des aides versées par la Caisse ?

Le montant des aides dépend des ressources du demandeur et le cas échéant de celles de leur conjoint(e). Il est déterminé à partir d'un barème défini par la MSA.

### 4. A qui envoyer la demande ?

La demande doit être directement envoyée à la MSA Berry-Touraine (*voir coordonnées page suivante*)

#### **N'oubliez pas de joindre :**

- ▶ Une photocopie du dernier avis d'imposition du demandeur

#### **Si la personne bénéficie d'un régime de protection juridique, elle doit aussi fournir :**

- ▶ La copie du jugement de curatelle, de tutelle ou de sauvegarde de justice

### 5. Comment la demande va-t-elle être traitée?

A la réception de la demande, nous vérifions que le dossier est complet. S'il est complet, et si la personne remplit les conditions administratives un travailleur social de la MSA chargé de l'évaluation des besoins du demandeur prendra contact avec lui.

Cette évaluation est indispensable. Elle a pour but de nous permettre de définir au mieux les besoins du demandeur.

Suite à cette évaluation, le demandeur (ainsi que la structure intervenante, si présence d'un prestataire de service) recevra une notification de la MSA Berry-Touraine indiquant, en cas d'accord, la nature et le montant des aides qui seront attribuées

### 6. Comment contacter votre caisse de MSA?

Pour tout renseignement sur l'action sociale de la MSA, vous pouvez contacter la caisse au :

MSA Berry Touraine  
19 avenue de Vendôme  
CS 72301  
41023 Blois CEDEX  
Tel : 02 54 44 87 87

[www.msa-berry-touraine.fr](http://www.msa-berry-touraine.fr)

### 1. A PROPOS DE VOUS...

Madame  Monsieur

Nom patronymique ( en majuscules ) :

Nom de naissance ( en majuscules ) :

Prénoms ( souligner le prénom usuel ) :

N° de sécurité sociale :

Date de naissance :

#### Votre statut professionnel :

Salarié(e)  Non Salarié(e)

#### Votre adresse :

N°  Nom de la voie

Code postal :  Commune :

#### Vos coordonnées téléphoniques :

Téléphone domicile :  Téléphone portable :

#### Votre situation familiale :

Célibataire  Veuf(ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)

Marié(e)  Pacsé(e)  En concubinage

#### La personne à contacter pour le suivi de votre dossier

Nom :  Prénom :

Nature du lien :

Téléphone domicile :  Téléphone portable :

## 2. VOTRE CONJOINT

Madame       Monsieur

Nom d'époux ou d'épouse (*s'il y a lieu, en majuscules*) :

Nom de naissance (*en majuscules*) :

Prénoms (*souligner le prénom usuel*) :

N° de sécurité sociale :

Date de naissance :

## 3. LES AUTRES PERSONNES VIVANT AU SEIN DU FOYER

Madame       Monsieur

Nom :  Prénom :

Date de naissance :  -  -

Nature du lien :

Téléphone domicile :  Téléphone portable :

Madame       Monsieur

Nom :  Prénom :

Date de naissance :  -  -

Nature du lien :

Téléphone domicile :  Téléphone portable :

## 4. VOTRE REGIME DE RETRAITE ET CELUI DE VOTRE CONJOINT, LES REVENUS DU FOYER

### 4.1 - Retraites de base :

| <b>VOUS<br/>(DEMANDEUR)</b> | <b>NOMBRE<br/>DE<br/>TRIMESTRES</b>  | <b>NATURE DU DROIT<br/>P : personnel<br/>R : réversion</b> | <b>DERNIER MONTANT<br/>MENSUEL PERÇU</b> |
|-----------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| REGIME AGRICOLE             |                                      |                                                            |                                          |
| REGIME GENERAL              |                                      |                                                            |                                          |
| AUTRES REGIMES              |                                      |                                                            |                                          |
| <b>VOTRE<br/>CONJOINT</b>   | <b>DERNIER MONTANT MENSUEL PERÇU</b> |                                                            |                                          |
| REGIME AGRICOLE             |                                      |                                                            |                                          |
| REGIME GENERAL              |                                      |                                                            |                                          |
| AUTRES REGIMES              |                                      |                                                            |                                          |

### 4.2 - Retraites complémentaires :

| <b>NOM DES ORGANISMES</b> | <b>VOUS (DEMANDEUR)</b>          |                                                     | <b>CONJOINT</b>                  |                                                     |
|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                           | <b>DERNIER<br/>MONTANT PERÇU</b> | <b>Préciser la<br/>périodicité :<br/>M, T, S, A</b> | <b>DERNIER<br/>MONTANT PERÇU</b> | <b>Préciser la<br/>périodicité :<br/>M, T, S, A</b> |
|                           |                                  |                                                     |                                  |                                                     |
|                           |                                  |                                                     |                                  |                                                     |
|                           |                                  |                                                     |                                  |                                                     |
|                           |                                  |                                                     |                                  |                                                     |
|                           |                                  |                                                     |                                  |                                                     |

**M** : mensuel, **T** : trimestriel, **S** : semestriel, **A** : annuel

### 4.3 - Revenus du foyer :

|                                 | <b>VOUS : DEMANDEUR<br/>(ou foyer fiscal si un<br/>seul avis<br/>d'imposition)</b> | <b>CONJOINT</b> | <b>AUTRES PERSONNES<br/>VIVANT AU SEIN DU<br/>FOYER</b> |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------|
| <b>REVENU BRUT GLOBAL<br/>*</b> |                                                                                    |                 |                                                         |

\* Le revenu brut global figure sur le dernier avis d'imposition ; il comprend les pensions, retraites, rentes, salaires et revenus de capitaux mobiliers.

### 5. Votre demande est-elle liée à une modification récente de votre situation ?

- Oui  Non

### 6. Etes-vous concerné(e) par l'une ou plusieurs des situations décrites ci-dessous ?

- Vous avez plus de 81 ans
- Vous vivez seul(e)
- Vous avez un ou des problèmes de santé *(Si oui, préciser) :*
- Vous venez d'être hospitalisé
  - Vous avez une maladie aiguë ou une pathologie chronique
  - Vous avez été victime d'un accident ou d'une chute pouvant avoir un impact sur la vie quotidienne
  - Vous êtes en situation de handicap *(mental ou physique)*
  - Vous souffrez d'une déficience auditive, visuelle, cognitive *(désorientation)*
  - Vous ressentez une fragilité psychologique *(démotivation, détresse psychologique, repli sur soi...)*
  - Vous êtes en situation d'addiction
- Vous êtes en situation d'aidant de votre conjoint ou d'une autre personne dépendante ou handicapée vivant au sein du foyer
- Votre conjoint, votre aidant ou un de vos proches est décédé
- Votre conjoint a été hospitalisé(e), est malade, ou est entré(e) en établissement
- Votre aidant est indisponible *(car il a des problèmes de santé, a été hospitalisé ou est en congés)*
- Vous avez déménagé ou votre aidant a déménagé
- Vous êtes isolé(e) socialement et/ou familialement *(vous avez peu de visites de votre famille ou entourage)*
- Vous êtes isolé(e) géographiquement

## 7. Votre situation au regard des aides légales

Percevez-vous l'une de ces aides ?

- ▶ L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ?  Oui  Non
- ▶ La prestation spécifique dépendance (PSD) ?  Oui  Non
- ▶ L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ?  Oui  Non
- ▶ La prestation de compensation du handicap (PCH) ?  Oui  Non
- ▶ La majoration pour tierce personne (MTP) ?  Oui  Non

⇒ Si OUI, indiquer la date depuis laquelle vous percevez cette aide : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

- ⇒ Si NON, préciser si pour ces aides :
- Vous n'avez pas déposé de demande
  - Votre demande a été rejetée
  - Votre demande est en cours d'instruction
  - Vous en avez refusé l'attribution

## 8. Pièces justificatives

**Vous venez de remplir votre demande d'évaluation pour un accompagnement à domicile. Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre :**

- ▶ Une photocopie de votre dernier avis d'imposition

**Si vous bénéficiez d'un régime de protection juridique, vous devez aussi fournir :**

- ▶ La copie du jugement de curatelle, de tutelle ou de sauvegarde de justice.

**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
- à faire connaître toutes les modifications de ma situation au regard de la PSD, de l'APA, de l'ACTP, de la PCH, et de la MTP
- à régler à la Caisse de MSA les sommes éventuellement versées à tort,
- à faciliter toute enquête

J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à un autre organisme conventionné avec la Caisse pour permettre l'instruction de ma demande

Fait à : .....

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Votre signature :

*La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. 377-1 du code de la sécurité sociale, arts. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).  
La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses*