

**IMPRIME DE DEMANDE  
D'AIDE A LA VIE DOMESTIQUE  
Année 2023**

Cette aide permet le maintien de la résidence principale en bon état d'agrément, de propreté, de confort, d'hygiène et de sécurité :

Tâches d'entretien régulières (aide mensuelle)

**Ou**

Tâches d'entretien périodique ou ponctuel (aide annuelle)

**1) OUVRANT-DROIT**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

N.I.A. : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... N° Tél. : .....

Vous êtes :

CELIBATAIRE      
 MARIE (E)      
 DIVORCE (E)      
 SEPARE (E)

VEUF (VE)      
 Partenaire d'un PACS / Concubinage

**2) BENEFICIAIRE DE L'AIDE (si différent de l'ouvrant-droit)**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lien de parenté : .....

Adresse (à préciser si différente de l'ouvrant droit) :  
.....

Code Postal : ..... Ville : ..... N° Tél. : .....

**3) REPRESENTANT LEGAL EVENTUEL**

Tutelle       Curatelle simple       Curatelle renforcée       Sauvegarde de justice

Nom de la personne ou organisme : .....

Adresse de la personne (si différente de l'ouvrant-droit) ou organisme :  
 .....

N° Tél. : ..... Adresse mail : .....

**4) BENEFICIEZ-VOUS D'UNE AIDE ?**

**Aides de la MDPH**

**Allocation Education Enfant Handicapé (AEEH) :**      oui       non

    Compléments de l'AEEH    1er     2ème     3ème     4ème     5ème     6ème

Si oui, depuis quelle date ? .....

**Allocation Adulte Handicapé (AAH) :**      oui       non

Si oui, depuis quelle date ? .....

**Un au moins des éléments de la PCH :**      oui       non

Si oui, lequel ou lesquels ? .....

**Allocation Compensatrice pour tierce personne (ACTP) :**      oui       non

**Majoration de sa pension d'invalidité ou de vieillesse pour tierce personne (MTP) :**  
 oui       non

**Taux d'incapacité de la MDPH :** .....

Dates de validité : .....

**Aides du Département**

**Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou Plan d'Actions Personnalisé (PAP) régime général:**  
 oui       non

Si oui, quelle aide : .....

**Aide de la CNIEG**

**Pension bénévole Orphelin Majeur Handicapé (OMH) :**      oui       non

### 5) CHOIX DU MODE DE PAIEMENT

**CESU**   
*(Chèque Emploi Service Universel)*

**ORGANISME MANDATAIRE**   
*(Vous êtes employeur de l'intervenant à domicile et un organisme gère pour vous l'administratif)*

**ORGANISME PRESTATAIRE**   
*(L'organisme est l'employeur de l'intervenant à domicile)*

Nom de l'organisme : .....

### 6) JUSTIFICATIFS A FOURNIR

- Notification du taux d'incapacité supérieur ou égal à 50 % et/ou Carte Mobilité Inclusion (CMI)
- Un certificat médical (nombre d'heures et durée de l'intervention)
- Avis d'imposition 2022 sur les revenus 2021
- Eventuelle notification d'attribution MTP (Majoration Tierce Personne), ACTP (Allocation Compensatrice Tierce personne), AAH (Allocation Adulte Handicapée), pension pour orphelin majeur handicapé, APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)...
- Bulletin de pension
- RIB

### 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 : ...../...../.....

Signature du demandeur ou du représentant légal :