

Le guide de nos prestations extra-légales est consultable sur notre site : mpn.msa.fr / Votre MSA/Action
sanitaire et sociale / Prestations extra-légales / Guide des aides individuelles

ESSS08422

SOUTIEN AU RÉPIT DES AIDANTS FAMILIAUX Accompagner les situations de rupture ou de fragilité

Formulaire à renseigner avec l'aide du service intervenant

Identification de la personne aidée

Nom : Prénom :

Date de naissance : Numéro de sécurité sociale :

Adresse :

N° tel : E-mail :

Situation familiale : célibataire en couple séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)

Vous êtes : actif(ve) retraité(e)

Identification de l'aidant familial

Nom : Prénom :

Date de naissance : Numéro de sécurité sociale :

Adresse :

N° tel : E-mail :

Situation familiale : célibataire en couple séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)

Demandeur

Demande directe de l'assuré(e) Demande avec préconisation GCSMS PrEvA

Orientation travailleur social. Si oui, ses coordonnées :

Motif de la demande

- Vit seul(e)
 Difficulté(s) de santé (si oui, précisez) :

hospitalisation

date de sortie :

- maladie aiguë ou une pathologie chronique
 victime d'un accident ou d'une chute pouvant avoir un impact sur la vie quotidienne
 situation de handicap
 déficience auditive, visuelle, cognitive (désorientation)
 fragilité psychologique (démotivation, détresse psychologique, repli sur soi...)

- Isolement social et/ou familial (peu de visites de la famille ou de l'entourage)
 Isolement géographique

La personne aidée bénéficie-t-elle des dispositifs suivants :

- Allocation personnalisée d'autonomie (APA), allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), prestation de compensation du handicap (PCH), majoration pour tierce personne (MTP)
 Plan d'aide personnalisé (PAP) de votre caisse de retraite
 Allocation adulte handicapé (AAH)
 Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)
 Pension d'invalidité
 Prise en charge par les soins palliatifs

Situation de l'aidant familial :

Lien de parenté avec la personne aidée :

Atteste assurer un soutien effectif dans les actes de la vie quotidienne de l'aidé pour :

- Aide administrative (gestion du budget, démarches de la vie courante)
 Aide à la vie sociale (aide à la communication, stimulation par des activités, accompagnement aux sorties)
 Aide au service ménager (ménage, linge, courses, préparation des repas, etc.)
 Aide à la personne (toilette, aide aux déplacements, aide aux repas, etc.)
 Présence responsable (risque de fugue, d'accident domestique, présence 24h/24)

Présentation du motif de la demande et de son contexte (hors information médicale)

Service mobilisé pour faire face au remplacement de l'aidant

Dénomination :

Adresse :

- Relayage ou suppléance à Domicile Hébergement temporaire Accueil de jour
 Embauche directe (CESU...)

Pièce(s) justificative(s) à joindre OBLIGATOIREMENT à toute demande (excepté les préconisations GCSMS PrEvA pour les personnes âgées)

- photocopies du dernier avis d'imposition ou de non-imposition de l'aidant et de l'aidé

Envoi de la demande

Les documents sont à déposer, soit :

- sur votre espace privé depuis le site internet mpn.msa.fr,
- via mpnass.blf@mpn.msa.fr,
- par voie postale à : MSA MPN, 180 avenue Marcel Unal, 82014 Montauban.

Attestation

Je soussigné(e) :

Agissant :

en mon nom propre

en qualité de représentant légal de :

Certifie exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de cette demande.

Je m'engage à signaler toute modification de ma situation, régler à la caisse les sommes éventuellement versées à tort, 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. Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du Code de la sécurité sociale. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit m'exposerait à des sanctions pénales et financières prévues par la loi, voire à des poursuites dans le cadre d'une procédure de lutte contre la fraude. Je donne mon consentement pour que ces données fassent l'objet d'un traitement informatique.*

Fait à :

Le :

Signature du demandeur

Attestation à compléter (obligatoire)

Je soussigné(e) représentant de la personne aidée pendant l'absence de l'aidant, atteste avoir pris connaissance des besoins et en conséquence met en œuvre le service de **3 heures consécutives minimum**.

Signature de la structure ou du demandeur

**Conformément au droit à la protection des données, vous disposez de droits sur vos données personnelles (droit d'accès, de rectification, d'opposition et de limitation) que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données (DPO) ou auprès du directeur de l'organisme gestionnaire de l'aide demandée, dont vous trouverez les coordonnées sur le site dudit organisme.*