

**Pôle action sanitaire  
et sociale**

**ASS-005**

Imprimés accessibles sur notre site

[www.cavimac.fr](http://www.cavimac.fr)

Pour tout renseignement, contacter le  
pôle action sanitaire et sociale :

[action-sociale@cavimac.fr](mailto:action-sociale@cavimac.fr)

**DEMANDE D'AIDE  
FINANCIÈRE COMPENSATRICE**



**Identification de la collectivité d'appartenance**

nom du responsable de collectivité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :      Ville : \_\_\_\_\_ n° de téléphone :

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ n° de collectivité:

**Contexte de la demande**

S'agit-il (cocher la case correspondant à votre demande) :

d'une 1<sup>ère</sup> demande

d'un renouvellement <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> En cas de renouvellement, le dossier doit être adressé au moins 3 mois avant la date de fin de prise en charge.

**Nature du besoin**

n° de sécurité sociale du référent Cavimac (s'il s'agit d'un renouvellement) :

Vous avez besoin d'une aide à domicile pour assurer les activités courantes suivantes (cochez la ou les cases correspondantes) :

entretien à domicile

Aide à la toilette

Lavage/repassage du linge

Aide pour le lever/le coucher

Aide pour les repas/les courses

Accompagnement à la vie sociale

nombre de membres concernés :

estimation du nombre d'heures par mois :

Période : du      au

**Association d'aide à domicile**

nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :      Ville : \_\_\_\_\_ n° de téléphone :

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Joindre obligatoirement à la demande :**

- le relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel sera versé le montant de l'aide ;
- l'attestation employeur jointe, dûment complétée.

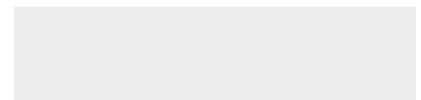
**Déclaration sur l'honneur du responsable collectivité**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements précisés dans la présente demande et m'engage à signaler toute modification de la situation des bénéficiaires de l'aide à domicile (ressources, autonomie, décès, changement de lieu de vie...) et à faire connaître toute modification de leur situation au regard de l'APA, de l'ASI, de l'ACTP et de la PCH.

Fait à : \_\_\_\_\_, le

Signature



## Formulaire individuel d'identification (à compléter pour chaque demandeur)

### Identification du bénéficiaire

nom et prénoms de l'assuré social : \_\_\_\_\_

numéro national d'identification :

Date de naissance :

Commune de naissance : \_\_\_\_\_ Département :   Pays : \_\_\_\_\_

Percevez-vous une pension de la Cavimac ? o ui  non

Si oui, cochez la case vous correspondant : pensionné(e)  de retraite  d'invalidité

### Situation du demandeur au regard des aides légales (obligatoire)

Percevez-vous l'une de ces aides ?

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)  
depuis le

Allocation Supplémentaire Invalidité (ASI)  
depuis le

Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)  
depuis le

Prestation de Compensation du Handicap (PCH)  
depuis le

Si non, précisez si pour ces aides :

Vous n'avez déposé de demande

Votre demande a été rejetée

*Joindre la copie de la notification de rejet*

Votre demande est en cours d'instruction

Vous en avez refusé l'attribution

### Ressources du demandeur

Le demandeur perçoit-il : une autre retraite de base que celle versée par la Cavimac ?  oui  non

l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ?  oui  non

Si oui, précisez son montant ? \_\_\_\_\_ €

**Etat des ressources** (joindre au dossier le dernier avis d'imposition du demandeur et les justificatifs de revenus s'il s'agit d'une première demande)

*Les prêtres diocésains doivent impérativement adresser l'attestation de ressources ci-jointe, complétée par le diocèse.*

	Ressources du demandeur		Ressources du conjoint	
	Montant Mensuel	Trimestres validés	Montant Mensuel	Trimestres validés
Retraite de la Cavimac (ASPA inclus)	..... €	..... trimestres	..... €	..... trimestres
Retraites d'autres régimes (ASPA inclus)	..... €	..... trimestres	..... €	..... trimestres
Retraites complémentaires	..... €		..... €	
Autres ressources imposables (rentes, revenus de valeurs et capitaux mobiliers, revenus fonciers,...)	..... €		..... €	

en cas de détention de capitaux placés, veuillez en préciser :

la valeur vénale : \_\_\_\_\_ €

et le support financier de placement (PeA, assurance vie, etc) : \_\_\_\_\_

**Joindre le dernier avis d'imposition et la grille d'évaluation du degré d'autonomie pour chaque demandeur.**

## Evaluation de la perte d'autonomie

(à compléter obligatoirement par un professionnel de santé pour chaque demandeur)

nom et prénom de l'évalué : \_\_\_\_\_

évaluation des activités corporelles, mentales, domestiques et sociales	oui	non
<b>Transferts</b>		
Assurer ses transferts : se lever, se coucher, s'asseoir. Passer de l'une à l'autre de ces 3 positions à une autre, dans les 2 sens. La personne fait seule :		
<b>S</b> sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer et à lui montrer		
<b>T</b> en assurant l'ensemble des transferts dans les 2 sens		
<b>C</b> sans se mettre en danger et en utilisant éventuellement les aides techniques adaptées		
<b>H</b> chaque fois que cela est nécessaire et souhaité		
<b>Déplacements à l'intérieur</b>		
Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie, jusqu'à la porte d'entrée sur la rue. La personne fait seule :		
<b>S</b> sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer et à lui montrer		
<b>T</b> dans les lieux de vie, jusqu'à la porte d'entrée sur la rue		
<b>C</b> à bon escient et de façon adaptée aux possibilités		
<b>H</b> chaque fois qu'elle en a le désir ou le besoin		
<b>Toilette du haut</b>		
Assurer son hygiène corporelle : visage, tronc, membres supérieurs et mains. La personne fait seule :		
<b>S</b> sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer et à lui montrer		
<b>T</b> pour l'ensemble des activités entrant dans ce champ		
<b>C</b> aboutissant à une propreté corporelle satisfaisante et suffisante		
<b>H</b> autant que de besoin		
<b>Toilette du bas</b>		
Assurer son hygiène corporelle : régions intimes, membres inférieurs et pieds. La personne fait seule :		
<b>S</b> sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer et à lui montrer		
<b>T</b> pour l'ensemble des activités entrant dans ce champ		
<b>C</b> aboutissant à une propreté corporelle satisfaisante et suffisante		
<b>H</b> autant que de besoin		
<b>Élimination urinaire</b>		
Assurer l'hygiène corporelle de l'élimination urinaire : éliminer dans un lieu approprié et assurer la propreté sur soi. La personne fait seule :		
<b>S</b> sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer et à lui montrer		
<b>T</b> en effectuant la totalité des actes nécessaires		
<b>C</b> où il faut (lieu et ustensile adéquat) et comme il faut (sans se souiller)		
<b>H</b> aussi souvent que de besoin		
<b>Élimination fécale</b>		
Assurer l'hygiène corporelle de l'élimination fécale : éliminer dans un lieu approprié et assurer la propreté sur soi. La personne fait seule :		
<b>S</b> sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer et à lui montrer		
<b>T</b> en effectuant la totalité des actes nécessaires		
<b>C</b> où il faut (lieu et ustensile adéquat) et comme il faut (sans se souiller)		
<b>H</b> aussi souvent que de besoin		
<b>Habillage du haut</b>		
Enfiler ou enlever des vêtements par la tête ou les bras. La personne fait seule :		
<b>S</b> sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer et à lui montrer		
<b>T</b> en effectuant tous les actes (choisir, préparer, mettre et enlever)		
<b>C</b> conforme aux usages, dans le bon sens et dans le bon ordre, adapté à la météorologie, aux moments de la journée et aux activités		
<b>H</b> régulièrement, dans le temps et chaque fois que nécessaire		

## Evaluation de la perte d'autonomie

(à compléter obligatoirement par un professionnel de santé pour chaque demandeur)

évaluation des activités corporelles, mentales, domestiques et sociales	oui	non
<b>Habillage moyen</b>		
Fermer un vêtement, mettre ceinture, bretelles ou soutien-gorge La personne fait seule :		
<b>S</b> sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer et à lui montrer		
<b>T</b> en effectuant tous les actes (choisir, préparer, mettre et enlever)		
<b>C</b> conforme aux usages, dans le bon sens et dans le bon ordre, adapté à la météo, aux moments de la journée et aux activités		
<b>H</b> régulièrement, dans le temps et chaque fois que nécessaire		
<b>Habillage du bas</b>		
Enfiler ou enlever les vêtements par le bas du corps, y compris chaussettes et chaussures La personne fait seule :		
<b>S</b> sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer et à lui montrer		
<b>T</b> en effectuant tous les actes (choisir, préparer, mettre et enlever)		
<b>C</b> conforme aux usages, dans le bon sens et dans le bon ordre, adapté à la météo, aux moments de la journée et aux activités		
<b>H</b> régulièrement, dans le temps et chaque fois que nécessaire		
<b>Cuisine</b>		
Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis. La personne fait seule :		
<b>S</b> sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer et à lui montrer		
<b>T</b> pour l'ensemble de la préparation de chaque repas de la journée		
<b>C</b> selon les usages culinaires, ses compétences et ses goûts		
<b>H</b> tous les jours, sans tenir compte des repas pris à l'extérieur		
<b>Se servir</b>		
Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit et remplir son verre La personne fait seule :		
<b>S</b> sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer et à lui montrer		
<b>T</b> pour l'ensemble des divers actes requis		
<b>C</b> dans l'ordre, selon les usages et sans « en mettre partout »		
<b>H</b> à tous les repas		
<b>Manger</b>		
Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler. La personne fait seule :		
<b>S</b> sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer et à lui montrer		
<b>T</b> pour tous éléments du repas, y compris les boissons		
<b>C</b> proprement, dans le respect des autres et sans fausse route		
<b>H</b> à tous les repas		
<b>Suivi du traitement</b>		
Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement. La personne fait seule :		
<b>S</b> sans que quelqu'un prépare, sans avoir à lui dire et à lui rappeler		
<b>T</b> pour tous les traitements prescrits, y compris la diététique		
<b>C</b> en suivant la prescription à la lettre (doses et rythme des prises)		
<b>H</b> à chaque prise et aussi longtemps que l'indique la prescription		
<b>Ménage</b>		
Effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants : nettoyer des locaux, entretenir le linge, ranger, dresser la table, faire la vaisselle,...		
La personne fait seule :		
<b>S</b> sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer et à lui montrer		
<b>T</b> pour l'ensemble des activités		
<b>C</b> de façon à entretenir l'intérieur de la maison propre		
<b>H</b> à chaque fois que nécessaire		

## Evaluation de la perte d'autonomie

(à compléter obligatoirement par un professionnel de santé pour chaque demandeur)

évaluation des activités corporelles, mentales, domestiques et sociales	oui	non
<b>Alerter</b> Utiliser un moyen de communication à distance (téléphone, sonnette, alarme, télé-alarme) dans le but d'alerter en cas de besoin et d'avoir une réponse à l'alerte. La personne fait seule :		
<b>S</b> sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer et à lui montrer		
<b>T</b> avec un moyen approprié pour avoir une réponse à son alerte		
<b>C</b> à bon escient		
<b>H</b> à tout moment opportun		
<b>Déplacements à l'extérieur</b> L'extérieur s'entend comme en-dehors du lieu de vie. La personne fait seule :		
<b>S</b> sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer et à lui montrer		
<b>T</b> pour l'ensemble des déplacements, jusqu'au retour au domicile		
<b>C</b> à bon escient, en gérant le parcours, avec un but, de façon adaptée		
<b>H</b> à chaque fois qu'elle en a le désir ou le besoin		
<b>Transports</b> Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel. La personne fait seule :		
<b>S</b> sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer et à lui montrer		
<b>T</b> sans auto-limitation ou limitation liée à l'environnement		
<b>C</b> en utilisant un moyen de transport approprié selon la destination		
<b>H</b> à chaque fois qu'elle en a le désir ou le besoin		
<b>Activités du temps libre</b> Pratiquer volontairement, seul ou en groupe, diverses activités qui créent des évènements rompant avec la monotonie de la vie du quotidien. La personne fait seule :		
<b>S</b> en choisissant les activités et en décidant elle-même de les réaliser, sans avoir à lui dire, à lui montrer et à lui rappeler		
<b>T</b> sans limitation de son choix		
<b>C</b> de manière adaptée à ses désirs et à son état		
<b>H</b> de façon non occasionnelle et avec une certaine régularité		
<b>Achats</b> Acquérir volontairement des biens de manière directe ou par correspondance. La personne fait seule :		
<b>S</b> elle-même ou en faisant exécuter par un tiers à son initiative, sans avoir à lui dire, à lui montrer, à lui expliquer et à lui rappeler		
<b>T</b> pour l'intégralité de ses achats		
<b>C</b> en fonction des besoins et des moyens financiers		
<b>H</b> à chaque fois qu'elle en a le désir ou le besoin		
<b>Gestion</b> Gérer ses affaires, son budget et ses biens, reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses, effectuer les démarches administratives et remplir les formulaires. La personne fait seule :		
<b>S</b> sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer et à lui montrer		
<b>T</b> pour l'ensemble des activités		
<b>C</b> sans erreurs		
<b>H</b> à chaque fois que nécessaire		

## Evaluation de la perte d'autonomie

(à compléter obligatoirement par un professionnel de santé pour chaque demandeur)

évaluation des activités corporelles, mentales, domestiques et sociales	oui	non
<b>Orientation dans le temps</b> S'orienter dans le temps par rapport aux saisons et aux moments de la journée. La personne s'oriente seule :		
<b>S</b> sans stimulation, sans médiation et sans indications		
<b>T</b> pour tous les repères temporels (saisons, journées,...)		
<b>C</b> sans erreurs		
<b>H</b> sans variation significative d'un moment à l'autre de la journée et d'un jour sur l'autre		
<b>Orientation dans l'espace</b> S'orienter dans les lieux de vie habituels et nouveaux. La personne s'oriente seule :		
<b>S</b> sans stimulation, sans médiation et sans indications		
<b>T</b> dans tous les lieux de vie habituels et les lieux nouveaux		
<b>C</b> sans erreurs		
<b>H</b> sans variation significative dans le temps, sans fluctuations d'un jour sur l'autre		
<b>Communication</b> Evaluer si le système de communication de la personne est fiable et suffisamment complexe pour communiquer dans la vie quotidienne avec autrui. La personne communique seule :		
<b>S</b> sans stimulation, sans médiation et sans rappel à l'ordre		
<b>T</b> dans l'ensemble de ses activités et avec tous les interlocuteurs		
<b>C</b> de façon compréhensible, logique et sensée conformément aux convenances et usages admis et acceptés dans la société, sans exigence outre mesure		
<b>H</b> de façon permanente dans le temps		
<b>Comportement</b> Evaluer si la personne sait vivre parmi les autres et/ou assumer sa solitude : si elle ne présente aucune tendance visant à nuire à l'autre, à l'humilier ou à le détruire et/ou ne présente aucune tendance à retourner l'agressivité contre elle-même, si elle réagit de façon adaptée devant une situation dangereuse pour elle-même ou pour les autres et si elle ajuste ses réactions aux lois et conventions sociales de courtoisie habituelle dans la société. La personne se comporte et agit seule :		
<b>S</b> sans stimulation, sans médiation et sans rappel à l'ordre		
<b>T</b> dans l'ensemble de ses activités et avec tous les interlocuteurs		
<b>C</b> conformément aux convenances et usages admis et acceptés en référence aux normes sociales, sans exigence outre mesure		
<b>H</b> de façon permanente dans le temps		

**Date de l'évaluation :** ..... / ..... / 20.....

**Identification du professionnel de santé en charge de l'évaluation :**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

<b>Cachet du professionnel de santé :</b>	<b>Signature du professionnel de santé :</b>
---	--

## ATTESTATION EMPLOYEUR



Je soussigné(e)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

responsable de l'association cultuelle ou de la collectivité religieuse n°

ci-après désignée \_\_\_\_\_

certifie que :

nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
(Rayer la mention inutile)

n° national d'Identification de Sécurité sociale :

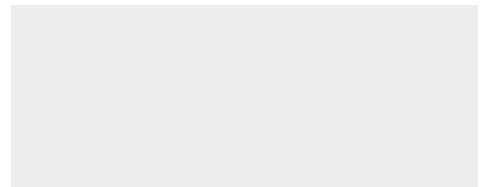
est dans l'obligation d'abandonner son activité antérieure au sein de la Communauté afin de prendre en charge les membres ainés de la dite Communauté.

est employé(e) en qualité de salarié(e) en tant qu'aide à domicile ou employé(e) de maison et est déclaré à l'uRSSAF.

Fait à : \_\_\_\_\_ , le

Pour servir et valoir ce que de droit,

Signature et Cachet :



<sup>1</sup> Prénom et nom