

**Pôle action sanitaire  
et sociale**

**ASS-003 bis**

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  
AU RETOUR À DOMICILE  
APRÈS HOSPITALISATION**



**Identification du demandeur**

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

Numéro National d'identification :

N° collectivité :

Nom marital éventuellement : \_\_\_\_\_

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

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

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

Percevez-vous une pension de la Cavimac ? Oui  Non

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

**Situation de famille**

Célibataire  Marié(e)  depuis le :

Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)  depuis le :

**Identification du conjoint**

Nom (de naissance) et prénoms du conjoint : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Numéro National d'identification :

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

Adresse (si différente du demandeur) : \_\_\_\_\_

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

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

Percevez-vous une pension de la Cavimac ? Oui  Non

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

**Identification de la collectivité d'appartenance**

N° collectivité :

Nom du responsable de collectivité : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Percevez-vous l'une de ces aides ?

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)  
depuis le

Prestation de Compensation du Handicap (PCH)  
depuis le

Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)  
depuis le

Si non, précisez si pour ces aides :

Vous n'avez déposé de demande

Votre demande est en cours d'instruction

Votre demande a été rejetée

Vous en avez refusé l'attribution

*Merci de joindre la copie de la notification de rejet*

## Nature du besoin

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Entretien à domicile            | <input type="checkbox"/> Aide à la toilette              |
| <input type="checkbox"/> Lavage/repassage du linge       | <input type="checkbox"/> Aide pour le lever/le coucher   |
| <input type="checkbox"/> Aide pour les repas/les courses | <input type="checkbox"/> Accompagnement à la vie sociale |

Pour la période : du     au

Nombre d'heures d'intervention mensuelles sollicitées :   H

Association d'aide à domicile

Raison sociale : \_\_\_\_\_

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

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

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

## 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'un renouvellement*)  
*En outre, 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) : \_\_\_\_\_

## Déclaration sur l'honneur du demandeur

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements précisés dans la présente demande et m'engage à faire connaître toute modification de ma situation au regard de l'APA, de l'ASI, de l'ACTP et de la PCH.

Fait à : \_\_\_\_\_, le

Signature

(\*) En cas de renouvellement, il convient d'envoyer par mail ou par voie postale un certificat médical daté de moins d'un mois.

En cas de fraude sociale en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (CSS, art. L. 114-17 du Code de la sécurité sociale), vous encourez des sanctions et êtes passibles

d'amende et/ou d'emprisonnement voire de pénalités financières (CSS, art. L. 114-16-2).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée et le règlement général UE 2016/ 679 s'appliquent aux réponses faites sur ce formulaire. Vous disposez d'un

droit d'accès et de rectification aux données vous concernant que vous pouvez exercer auprès de la déléguée à la protection des données : dpo@cavimac.fr

**ATTESTATION DE RESSOURCES DES PRETRES DIOCESAINS**  
**A compléter par le service diocésain compétent**



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

agissant en qualité de <sup>2</sup> \_\_\_\_\_

au sein du diocèse de \_\_\_\_\_

atteste que <sup>3</sup> \_\_\_\_\_

perçoit du diocèse les sommes suivantes :

- un traitement annuel d'un montant de \_\_\_\_\_ €, à l'exception des pensions de retraite et/ou d'indemnités imposées sur le revenu (indemnités de logement, indemnités kilométriques,...) ;
- des honoraires/offrandes de messes d'un montant annuel de \_\_\_\_\_ €.

Fait à : \_\_\_\_\_ , le

Fait pour valoir et servir ce que de droit,

Signature et Cachet :

---

<sup>1</sup> Titre, Prénom et Nom

<sup>2</sup> Fonction exercée

<sup>3</sup> Titre, Prénom et Nom du prêtre concerné