

Direction des ressources humaines  
du ministère de la Défense  
Service de l'action sociale des armées

Imprimé n° 520/30  
Circulaire n° 13532/ARM/SGA/DRH-MD  
du 17 juillet 2020  
Format 21 x 29,7  
(recto-verso)

**DEMANDE D'ATTRIBUTION  
DE L'AIDE MÉNAGÈRE OU FAMILIALE À DOMICILE**

**Première demande**       **Renouvellement**

**I - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR.**

NOM : ..... NOM de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Département <sup>(1)</sup> : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone personnel : .....

Adresse électronique : .....

**Situation familiale <sup>(2)</sup> :**

- Marié(e)       Pacsé(e)       Concubin(e)       Célibataire  
 Veuf(ve)       Divorcé(e)       Séparé(e)

**Personnes vivant au foyer :**

NOM et prénom	Lien de parenté	Date et lieu de naissance	Situation professionnelle - Scolarité
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Actif <sup>(2)</sup> :**

- Officier       Sous-officier ou officier marinier       Militaire du rang  
 Civil A       Civil B       Civil C       Ouvrier de l'État       Contractuel

**Armée, direction ou service d'appartenance** <sup>(2)</sup> :

- Terre    Marine    Air    SGA    EMA et services communs    DGA    Gendarmerie  
 Etablissement public<sup>(3)</sup> : .....  
 Autres <sup>(3)</sup> : .....

Adresse professionnelle : .....

.....

Numéro de téléphone professionnel : .....

**Retraité** <sup>(2)</sup> :

- Militaire   Armée d'appartenance : .....  
 Civil

Nombre d'années en activité :

- **au** ministère des armées ou dans la gendarmerie nationale : .....  
 - **hors** du ministère des armées ou de la gendarmerie nationale : .....

**Autre** <sup>(2)</sup> :

- Ayant droit <sup>(4)</sup>    Titulaire d'une pension d'invalidité

Affiliation SÉCURITE SOCIALE (C.N.M.S.S. - Régime général - Régime spécial des agents de l'État)		Affiliation MUTUELLE
Ressortissant	Organisme = .....	Organisme = .....
Conjoint, Pacsé, Concubin	Organisme = .....	Organisme = .....

**Organisme de versement des prestations familiales** : .....

Je souhaite que la décision d'attribution ou de refus d'attribution de ma demande d'aide ménagère ou familiale à domicile me soit adressée <sup>(2)</sup> :

- Par voie postale  
 ou  
 Par mél à l'adresse électronique sus mentionnée

**II - RENSEIGNEMENTS FINANCIERS.**

<b>RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER (du mois précédant la demande)</b>	<b>Ressortissant</b>	<b>Conjoint, Pacsé, Concubin</b>	<b>Autre</b>
Solde, traitement ou salaire (*) :	.....	.....	.....
Primes, indemnités (moyenne mensuelle) :	.....	.....	.....
Pension de retraite (*) :	.....	.....	.....
Pension de réversion (*) :	.....	.....	.....
Pension d'invalidité (*) :	.....	.....	.....
Prestations familiales :	.....	.....	.....
Aides au logement :	.....	.....	.....
Revenus déclarés immobiliers et/ou mobiliers :	.....	.....	.....
Pensions alimentaires reçues :	.....	.....	.....
Autres (préciser) :	.....	.....	.....
<b>TOTAL RESSOURCES MENSUELLES</b>	.....	.....	.....
<b>TOTAL RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER :</b> <input type="text"/>			
(*) avant impôt			
<b>CHARGES MENSUALISÉES DU FOYER</b>	<b>Ressortissant</b>	<b>Conjoint, Pacsé, Concubin</b>	<b>Autre</b>
Loyer (charges comprises) :	.....	.....	.....
Accession à la propriété :	.....	.....	.....
Charges courantes d'habitation (eau, chauffage, téléphone, assurances, ...) :	.....	.....	.....
Impôts (fonciers, taxe d'habitation, télévision, revenu) :	.....	.....	.....
Crédits à la consommation :	.....	.....	.....
Pensions alimentaires versées :	.....	.....	.....
Autres (préciser) :	.....	.....	.....
<b>TOTAL CHARGES MENSUALISÉES</b>	.....	.....	.....
<b>TOTAL CHARGES MENSUALISÉES DU FOYER :</b> <input type="text"/>			

**RESTE À VIVRE MOYEN MENSUEL  
THÉORIQUE**

$$\begin{array}{c}
 \text{.....} \\
 \text{Reste à vivre}
 \end{array}
 =
 \begin{array}{c}
 \text{.....} \\
 \text{Ressources}
 \end{array}
 -
 \begin{array}{c}
 \text{.....} \\
 \text{Charges}
 \end{array}$$

**III – MOTIF DE LA DEMANDE.**

Bénéficiaire de l'aide <sup>(2)</sup> :  ressortissant  ayant droit<sup>(4)</sup> (à préciser) .....

Je sollicite <sup>(2)</sup> : une aide ménagère à domicile  une aide familiale à domicile  pour les raisons suivantes :

.....  
 .....  
 .....

**IV. DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL.**

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'usage interne de l'action sociale des armées et de l'organisme chargé du paiement des prestations dont la finalité est : la gestion et le suivi de l'accompagnement social, des demandes d'aides et de prestations d'action sociale délivrées au profit des ressortissants du ministère des armées et l'élaboration de statistiques aux fins de pilotage de la politique d'action sociale du ministère des armées en vue d'améliorer la qualité du service rendu aux ressortissants.

La durée de conservation des informations est de deux ans après la dernière intervention effectuée pour le ressortissant puis ces informations sont anonymisées et reversées pour archivage.

Conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation de vos données.

En cas de demande d'accès à vos données traitées par le SIAS et en cas de demande de rectification de ces données, vous devez vous adresser au service de l'action sociale des armées sous couvert de l'assistant de service social dont vous dépendez, par courriel à l'adresse scn-asa.cmi.fct@intradef.gouv.fr ou par courrier postal.

Si vous vous opposez au traitement de vos données, cette prestation, présente dans le SIAS, ne peut vous être délivrée.

**V. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR.**

Je soussigné(e), .....

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et des pièces justificatives fournies ;
- m'engage à signaler toute modification de ma situation et/ou de celle de mon ayant droit bénéficiaire de l'aide ménagère ou familiale à domicile de l'action sociale des armées ;
- reconnais avoir été informé(e) que les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique dans le système d'information de l'action sociale (SIAS) destiné à l'usage interne de l'action sociale des armées et de l'organisme chargé du paiement des prestations,
- reconnais avoir été informé(e) que pour le calcul du crédit d'impôt prévu à l'article 199 sexdecies du code général des impôts, l'aide ménagère ou familiale à domicile doit être déduite des frais réels qui seront engagés,
- sollicite le bénéfice de la prestation sus-indiquée.

Ladite aide sera versée sur le compte bancaire suivant (Joindre un RIB ou RIP) :

[ \_\_\_\_\_ ] [ \_\_\_\_\_ ]  
 IBAN BIC

Nom et adresse de la banque : .....

Fait à ....., le .....

Signature

(1) Ou collectivité d'outre-mer ou pays si né(e) hors de France.

(2) Cocher la case utile.

(3) Indiquer obligatoirement et clairement le nom de l'établissement ou de l'organisme.

(4) Conjoint(e), pacsé(e), concubin(e), ou veuf(ve) d'un ressortissant et non remarié(e).

**PIÈCES À JOINDRE**

- Copie du livret de famille ;
- copie de l'extrait du jugement attestant la garde des enfants (en cas de rupture de la vie commune : divorce, séparation, dissolution du PACS) ;
- certificat médical (précisant le nombre d'heures et la durée d'intervention) ;
- dernier avis d'imposition ou de non-imposition ou avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (ASDIR) ;
- décision de **REFUS** ou **D'ACCORD** relative à la prise en charge par **d'autres organismes** ;
- devis de prestataires ;
- relevé d'identité bancaire ou postal ;
- procuration (si paiement à un tiers).

Pour chaque membre de la famille : tout justificatif de ressources.