

RESSOURCES MENSUELLES

Montant(s) perçu(s)	Base	Demandeur	Conjoint	Autre personne résidant au foyer	Colonne réservée à la MSA
1 Pour les salariés					
Salaires (dont Heures supplémentaires)	N-2				
Allocations de chômage	actuelle				
Indemnités journalières	actuelle				
2 Pour les exploitants actifs					
Bénéfices agricoles	N-2				
3 Pour les retraités					
MSA Exploitant Salarié	actuelle				
Fonds de Solidarité Vieillesse oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					
CARSAT (Sécurité Sociale)	actuelle				
Fonds de Solidarité Vieillesse oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					
Caisse des non salariés (artisans)	actuelle				
Régimes spéciaux : Pro BTP, SNCF, etc	actuelle				
Retraites complémentaires : UGRR, CAMARCA, CCPMA, CNRO, etc	actuelle				
.....	actuelle				
Autres ressources du foyer					
Pension(s) alimentaire(s) perçue(s)	N-2				
Pensions militaires (y compris ascendants) et pensions de veuve de guerre	N-2				
Revenus fonciers(immobiliers, locations...)	N-2				
Revenus de capitaux (mobiliers)	N-2				
Rentes viagères (montant réellement perçu)	N-2				
Revenus soumis aux prélèvements libératoires	N-2				
Prestations familiales : Enfance, Logement (sauf Allocation rentrée scolaire, AEEH)	actuelle				
Autres Prestations Familiales : PPA, RSA ...	actuelle				
Allocation Adulte Handicapé	actuelle				
Prestation de compensation du Handicap (aide humaine)	actuelle				
Majoration Tierce Personne	actuelle				
Rente ou pension d'invalidité	actuelle				
Rente(s) accident du travail	actuelle				
Autres :					
TOTAL		€	€	€	
Nombre de parts (1/2 part supplémentaire si AAH)					
					Quotient familial

IMPORTANT : chaque demande doit être accompagnée des photocopies de l'avis d'imposition N-2 et des justificatifs des derniers paiements de toutes rentes, pensions, allocations, salaires.

MOTIF DE LA DEMANDE
PERSONNE HANDICAPÉE SANS ENFANT (être assuré maladie à la MSA)

- Personne handicapée ou atteinte d'une maladie grave invalidante
- Répondant à des critères d'isolement et de perte d'autonomie (Evaluation faite par le travailleur social)
- Immobilisée pour une période minimum de 3 mois (joindre certificat médical)

Un dossier de prestation de compensation du handicap ou majoration tierce personne est-il en cours ?

OUI NON

Si oui, laquelle

Exposé de la situation :

.....

.....

.....

.....

NATURE DE LA DEMANDE

Intervention de : AVS (Personne handicapée : AVS uniquement)

Date de début de l'aide : Nombre d'heures demandées :

Date et signature

➤ du responsable du Prestataire ➤ du demandeur certifiant les renseignements exacts

Toute fausse déclaration relève de l'article L 114-13 du code de la Sécurité Sociale sans préjudice des peines résultant de l'application du code pénal ou d'autre lois.