DEMANDE D'AIDE À L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

Aide destinée aux pensionnés de 65 ans et plus
ou aux pensionnés de 60 à 64 ans en cas d'inaptitude totale et définitive au travail.

enim le régime social des marins

Identité du demandeur

Numéro de sécurité sociale : _____

Numéro de pension Enim :

Date de naissance : / /

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____ Pays : _____

Téléphone :

Courriel : _____ @ _____

Situation de famille

- ◯ Célibataire
- ◯ Divorcé(e)/Séparé(e), depuis le / /
- ◯ Marié(e)/Pacsé(e)/Concubin(e), depuis le / /
- ◯ Veuf(ve), depuis le / /

Identité du conjoint(e) ou du partenaire

Nom et Prénom : _____

Date de naissance : / / Profession : _____

Numéro de sécurité sociale :

Autres personnes vivant au foyer

Nom et Prénom	Profession ou situation	Date de naissance	Lien de parenté

Renseignement sur le demandeur

Êtes-vous bénéficiaire de la Prestation de Compensation du handicap (PCH) ?

◯ OUI, précisez la date de notification : / / ◯ NON

Êtes-vous bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ?

◯ OUI, précisez la date de notification : / / ◯ NON

Une demande d'APA a-t-elle été formulée auprès du Conseil Départemental de votre résidence ?

◯ OUI, précisez la date de la demande : / / ◯ NON

Précisez pour qui la demande a été formulée : _____

Mode de logement

◯ Propriétaire ◯ Locataire ◯ Foyer logement ◯ Autre *(à préciser)* : _____

DEMANDE D'AIDE À L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

Numéro de sécurité sociale : _____

enim le régime social des marins

Ressources mensuelles

Indiquer l'ensemble des ressources mensuelles perçues par le foyer

	Demandeur	Conjoint(e) / Partenaire	Enfant ou autre personne résidant au foyer
Pension Enim			
Pension autres régimes *(1)*			
Salaire, Indemnités Journalières, Indemnités France travail, RSA *(2)*			
Autres revenus *(Prime d'activité, Complément employeur ou prévoyance, Allocation adulte / enfant handicapé ...)*			
Revenus fonciers et/ou mobiliers			
TOTAL			

(1) Merci de préciser l'origine des autres pensions : CARSAT, ARRCO, AGIRC, MSA, etc. *(2) Merci de préciser la nature du revenu*

Charge à déduire

Pension alimentaire versée *(à justifier)* : _____

Ressources exceptionnelles

Nature *(Exemples : Rappel de prestations familiales, capital décès)*	Montant
	€
	€
	€

ENGAGEMENT

Je soussigné(e) *(nom et prénom(s) du signataire)*

☐ Accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à un organisme conventionné avec l'Enim pour permettre l'instruction de ma demande

☐ Autorise l'organisme prestataire de service : _____
à percevoir pour mon compte le versement direct du montant de la participation qui m'est allouée par l'Enim.

Je m'engage à :

- signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et de tout changement de domicile
- à faire connaitre toute modification de ma situation au regard de l'APA et de la PCH
- régler à l'Enim les sommes éventuellement versées à tort
- faciliter toute enquête.

Je certifie sur l'honneur l'authenticité des pièces et des renseignements fournis.

Fait à _____ le ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Signature obligatoire :

DEMANDE D'AIDE À L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

Numéro de sécurité sociale : _____

enim le régime social des marins

PAGE À COMPLÉTER PAR LE PRESTATAIRE DE SERVICE

Questionnaire d'autonomie

Situation au regard des actes essentiels et ordinaires de la vie :

A : fait spontanément seul, totalement, régulièrement et correctement
B : fait partiellement, incorrectement, irrégulièrement ou sur incitation
C : ne fait pas, ne peut pas ou ne veut pas le faire.

				A	B	C
1	**Cohérence**	Conserver et se comporter de façon sensée		☐	☐	☐
2	**Orientation**	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		☐	☐	☐
3	**Toilette**	Concerne l'hygiène corporelle : se laver habituellement et correctement	Haut	☐	☐	☐
			Bas	☐	☐	☐
4	**Habillage**	S'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	☐	☐	☐
			Moyen	☐	☐	☐
			Bas	☐	☐	☐
5	**Alimentation**	Se servir et manger les aliments préparés	Se servir	☐	☐	☐
			Manger	☐	☐	☐
6	**Élimination**	Assurer l'hygiène de l'élimination	Urinaire	☐	☐	☐
			Fécale	☐	☐	☐
7	**Transfert**	Se lever, se coucher, s'asseoir		☐	☐	☐
8	**Déplacement intérieur**	Se déplacer à l'intérieur du domicile avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant…		☐	☐	☐

Les aides procurées par les lunettes, prothèses, fauteuil roulant, etc. sont considérés comme faisant partie de la personne *(Exemple : une personne en fauteuil roulant, capable de s'en servir facilement dans un logement sans obstacle, sera évaluée « A » pour la variable n° 8 « Déplacement intérieur »).*

Motif de la demande

Nombre d'heures demandées par mois : _____ heures

Pour la période du ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ au ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Signature du prestataire de service

Fait à _____ le ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Cachet du prestataire :

Signature du représentant du prestataire de service :

DEMANDE D'AIDE À L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

Numéro de sécurité sociale : _____

enim le régime social des marins

PAGE À COMPLÉTER PAR LE SERVICE SOCIAL

Evaluation de la situation

Contexte, motifs de la demande, propositions :

Plan d'action mis en place :

Date de l'enquête : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Signature de l'assistant(e) de service social

Courriel de l'assistant(e) de service social : _____ @ _____

Fait à _____ le ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Signature de l'assistant(e) de service social :

DEMANDE D'AIDE
À L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

Pour les pensionnés de 65 ans et plus :

- ◯ Le formulaire de demande dûment complété et signé
- ◯ Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- ◯ Le certificat médical établi par le médecin
- ◯ L'évaluation sociale établie par le Service Social Maritime datée et signée
- ◯ Le RIB du prestataire de service comportant les codes BIC et IBAN

Pour les pensionnés de 60 à 64 ans :

- ◯ L'imprimé de demande dûment complété et signé
- ◯ Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- ◯ Le certificat médical établi par le médecin
- ◯ Certificat médical d'inaptitude totale et définitive au travail
- ◯ L'évaluation sociale établie par le Service Social Maritime datée et signée
- ◯ Le RIB du prestataire de service comportant les codes BIC et IBAN

Dans ces deux situations, si votre conjoint est placé en hébergement définitif, fournir :

- ◯ Les justificatifs des frais d'hébergement en établissement d'hébergement définitif datant de moins de 3 mois.

L'Enim se réserve le droit de demander toute pièce justificative estimée nécessaire à l'étude du dossier.

LE DOSSIER COMPLET EST À RETOURNER PAR COURRIEL À L'ADRESSE SUIVANTE :

action.sociale@enim.eu

Enim - Département des politiques sociales maritimes de l'action sanitaire et sociale et des préventions (DPAP)
27 quai de Solidor
CS 31854
35418 Saint-Malo Cedex

Les informations personnelles recueillies par l'Enim pour le traitement des dossiers de ses correspondants respectent les obligations du règlement général sur la protection des données (RGPD – Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016) et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Pour plus d'informations, voir le site www.enim.eu et l'Espace personnel Enim. La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.