# DEMANDE D'ALLOCATION REPRÉSENTATIVE DE SERVICES MÉNAGERS

**Aide destinée aux pensionnés de moins de 65 ans**

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'ALLOCATION REPRÉSENTATIVE DE SERVICES MÉNAGERS

enim le régime social des marins

*Numéro de sécurité sociale :* _____

## 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'ALLOCATION REPRÉSENTATIVE DE SERVICES MÉNAGERS

*Numéro de sécurité sociale :* _____

## PAGE À COMPLÉTER PAR LE PRESTATAIRE DE SERVICE

### 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'ALLOCATION REPRÉSENTATIVE DE SERVICES MÉNAGERS

*Numéro de sécurité sociale :* _____

## 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'ALLOCATION REPRÉSENTATIVE DE SERVICES MÉNAGERS

## LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- ◯ L'imprimé 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

**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.*