DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

OBJET : Les demandes d'aide financière dites « secours » sont destinées aux retraités confrontés à une **difficulté subite**, **inhabituelle** et **imprévisible** susceptible de mettre en cause le maintien à domicile.
Ces aides n'ont pas vocation à corriger des déséquilibres budgétaires chroniques, récurrents ou répétitifs et ont un caractère subsidiaire par rapport aux dispositifs légaux. L'aide est rendue possible consécutivement à la survenance d'un des événements décrits au tableau ci-après. Elles ne peuvent en aucun cas se cumuler avec l'APA.

SERVICE INSTRUCTEUR

NOM / Prénom du travailleur social :
Coordonnées du service :

Tél :
Adresse e-mail :

VOUS-MEME

Situation familiale : ☐ Marié ☐ Vie maritale ☐ Célibataire ☐ Divorcé ☐ Veuf/veuve

NOM d'usage et prénom du retraité : NOM de naissance :

Adresse :

Tél : Adresse email :

Titulaire APA : OUI ☐ NON ☐

Retraité majoritaire R.G. : OUI ☐ NON ☐

Date de naissance : |__|__||__|__||__|__|__|__|
N° Sécurité Sociale : |__||__|__||__|__||__|__||__|__| |__|__||__|__||__|__|
N° Retraite : |__||__|__||__|__|__||__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|

CAISSE DE RETRAITE DU DEMANDEUR

Nom de la CARSAT [1]

[1](Indiquer le nom de la CARSAT liquidatrice de la pension (ex : CARSAT Centre Ouest, CARSAT Aquitaine, CARSAT Normandie,…)
RAPPEL : Joindre un RIB original, si l'avantage vieillesse du demandeur n'est pas servi par la CARSAT Centre Ouest.

VOTRE CONJOINT(E) OU PARTENAIRE DE PACS OU CONCUBIN(E)

Son nom de famille (nom de naissance) : ……
Son nom d'usage : ……
Ses prénoms :……
Son n° de sécurité sociale : |__||__|__||__|__||__|__||__|__| |__|__||__|__||__|__|
Sa date de naissance : |__|__||__|__||__|__|__|__| En cas de décès, précisez la date |__|__||__|__||__|__|__|__|
Commune de naissance : …… Département : …… Pays : ……
Est-il/elle retraité(e) du régime général ? oui ☐ non ☐
Si oui, son numéro de retraite : ……
Est-il / Elle hébergé(e) en établissement ? oui ☐ non ☐

MOTIF DE LA DEMANDE :

Date de la survenue de l'élément déclencheur* : |__|__||__|__||__|__|__|__|

(* **RAPPEL** : La demande doit intervenir dans les 6 mois suivant l'élément déclencheur)

N° Motif	Evénement déclencheur	Mettre une croix face au motif motivant la demande
1	Veuvage, décès ascendant, descendant, collatéraux, placement du conjoint, divorce, décohabitation	
2	Escroquerie, vol, abus de faiblesse et/ou de confiance (dépôt de plainte à fournir obligatoirement)	
3	- Panne d'un équipement, d'un mobilier ou d'un moyen de transport (hors contrôle technique et entretien régulier) indispensable au maintien à domicile.	
4	Frais liés au Déménagement réalisé pour : -Rapprochement familial -Logement plus adapté -Loyer et ou charges moins onéreux	Nouvelle adresse :
5	Dysfonctionnement avéré du système de comptage d'énergie (eau, électricité, gaz…)	
6	Période de grand froid ou de canicule, **attestée par les Autorités** (Plan Grand Froid, Plan Canicule) ayant entrainé des frais inhabituels.	
7	Intervention spécialisée en matière de **gros nettoyage du logement** indispensable au maintien ou retour au domicile	
8	Intervention spécialisée en matière de **désencombrement majeur du logement** indispensable au maintien ou retour au domicile	

Compléter et signer par le demandeur

Je sollicite une aide financière auprès de la CARSAT Centre Ouest.

J'atteste sur l'honneur que les renseignements fournis sont exacts et je prends note que tout dossier de demande incomplet ou inexact ne sera pas examiné par la commission. Je joins obligatoirement une photocopie recto-verso de mon **dernier avis d'imposition** sur le revenu ainsi que celui de mon conjoint, partenaire de PACS ou concubin.

A , le Signature du demandeur

Nom/signature du travailleur social instructeur

Nom/avis et signature du Responsable du Service social départemental CARSAT