

## Fonds d'action sociale CNRACL

### PRESTATAIRE RÉFÉRENCÉ PAR LA CNRACL

N° Siret obligatoire : .....

Prestataire : .....

.....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone : .....

Courriel : .....

## DEMANDE D'AIDE MÉNAGÈRE À DOMICILE

Date de début de prise en charge souhaitée : .....

Renouvellement :  Sortie d'hôpital (joindre le certificat de sortie d'hôpital) :

Première demande :  Modification de prise en charge :

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PENSIONNÉ

Numéro de pension (à rappeler dans toute correspondance) : CN

Numéro de sécurité sociale :

Date de naissance :

Nom de naissance et prénom : .....

Nom d'usage : .....

Adresse complète : .....

.....

Téléphone (indispensable pour vous joindre rapidement) : .....

Fixe :  Mobile :

Adresse courriel : .....

Seul(e)  En couple : Marié(e) / Pacsé(e)

Conjoint(e) en maison de retraite, EPHAD

Bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) oui  non

Bénéficiaire de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) oui  non

Bénéficiaire de la majoration pour tierce personne (MTP) oui  non

Bénéficiaire de la prestation compensatoire du handicap (PCH) oui  non

## ÉVALUATION DES BESOINS DU PENSIONNÉ PAR LE PRESTATAIRE

- Date d'évaluation : .....
- Nombre d'heures par mois souhaitées :..... Date de début : .....
- Grille AGGIR du pensionné : Le calcul du GIR est obligatoire et sera déterminé par le remplissage complet de la grille imprimée sur le site <https://www.ibou.fr> AggiNet (logiciel gratuit).  
Si le GIR est <5, l'intéressé(e) peut bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Dans ce cas, se rapprocher du Conseil départemental et ne pas envoyer le dossier au FAS de la CNRACL.

## À REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE DE SERVICE

Je soussigné(e), certifie avoir vérifié à l'aide des pièces justificatives valables que le demandeur m'a présentées la conformité des renseignements fournis.

Cachet et signature du prestataire de service

## À REMPLIR PAR LE PENSIONNÉ

Je soussigné(e) : .....

Autorise le prestataire de service : .....

.....

(dénomination complète)

à percevoir pour mon compte le montant de l'aide accordée par la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.

**À** .....

**Date** .....

Je m'engage :

- à vous signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et toute entrée en établissement de retraite.
- à vous faire connaître, ainsi qu'au service d'aide ménagère à domicile, toute modification de ma situation au regard de l'APA, l'ACTP, la MTP et de la PCH.
- à faciliter toute enquête.

Signature obligatoire

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

## CONDITIONS D'ATTRIBUTION

- **Ne pas percevoir** la majoration pour tierce personne (MTP), l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la prestation compensatoire du handicap (PCH),
- **Être titulaire de la pension CNRACL à titre principal :**  
La CNRACL est la pension principale si :
  - Vous percevez une pension personnelle et une pension de reversion, la CNRACL est votre régime principal si elle verse la pension personnelle.
  - Vous percevez plusieurs pensions personnelles ou plusieurs pensions de reversions, la CNRACL est votre régime principal si elle remunère le plus grand nombre de trimestres.
- **Être agé de 65 ans au moins, sauf si le retraité est :**
  - atteint d'une maladie grave justifié par un taux d'invalidité
  - dans une situation d'urgence sortie d'hôpital
  - Atteint d'une affection longue durée (ALD) relevant de la liste des prises en charge à 100%.
- **Avoir des revenus qui ne permettent pas de bénéficier de l'aide sociale servie par le Conseil Départemental.** Sont retenues pour le calcul de l'aide sociale toutes les ressources du foyer (imposables et non imposables).
- **Avoir un revenu fiscal de référence (RFR) figurant sur le dernier avis d'impôt compris dans le barème du FAS.**
- **L'intervention de l'aide-ménagère ne peut avoir lieu qu'au domicile principal du retraité.**

## PIÈCES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Photocopie de toutes les pages du dernier avis d'impôt sur le revenu, **ne pas envoyer la déclaration de revenus.**
- Si le conjoint(e) est en établissement de retraite, justificatif précisant le montant des frais d'hébergement.
- La grille AGGIR nominative.
- Pour tout demandeur âgé de moins de 65 ans, photocopie du justificatif du taux d'invalidité et photocopie de l'attestation papier de la carte vitale mentionnant le 100% liste affection longue durée (ALD). Ne pas joindre la photocopie de la carte vitale.

**Le dossier doit être retourné complet dûment rempli, daté et signé.**

---

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique par la Caisse des dépôts et consignations en qualité de responsable de traitement (ci-après désignée « Caisse des Dépôts »). Les données collectées ont pour finalité la gestion des retraites, des allocations et des prestations. Elles ne seront transmises qu'aux personnes habilitées de ou par la Caisse des Dépôts ou à des tiers légalement autorisés. Les informations recueillies qui seraient signalées avec un astérisque sont obligatoires pour permettre le traitement de votre dossier. Conformément à la réglementation Informatique et libertés vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant et d'un droit à la limitation du traitement de vos données ainsi que du droit de faire parvenir à la Caisse des Dépôts des directives spéciales relatives au sort de vos données après votre décès. Pour exercer vos droits Informatique et libertés, vous pouvez vous adresser à [mesdonneespersonnelles@caissedesdepots.fr](mailto:mesdonneespersonnelles@caissedesdepots.fr) ou par écrit à l'adresse suivante ; Caisse des Dépôts - Données personnelles - Etablissement de Bordeaux 5, rue du Vergne 33059 Bordeaux Cedex, et d'y joindre toute pièce permettant de justifier votre identité et votre demande. Nous vous invitons à consulter notre politique de protection des données à caractère personnel à l'adresse suivante : <https://retraite-solidarite.caissedesdepots.fr/content/dcp>

Si vous avez des questions concernant l'utilisation de vos données à caractère personnel par la Caisse des dépôts, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données (DPO) en remplissant le formulaire de contact à l'adresse suivante : <http://www.caissedesdepots.fr/protection-des-donnees-personnelles>.

Conformément à l'article L 114°17 du code de la sécurité sociale, tout changement de situation doit être déclaré dans les meilleurs délais. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations incluses, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L 114-17 de la sécurité sociale.

## **POUR NOUS CONTACTER**

**Caisse des Dépôts**

**Fonds d'action sociale**

**CNRACL**

**Rue du Vergne**

**33 059 Bordeaux cedex**

**Téléphone : 05 56 11 36 68**

**Courriel : [FAS\\_CNRACL\\_Aide\\_Menagere@caissedesdepots.fr](mailto:FAS_CNRACL_Aide_Menagere@caissedesdepots.fr)**

---