



#### IV - Vos régimes de retraite

##### Retraite de base

Percevez-vous une autre retraite de base que celle de la MSA ? Oui  Non

Si oui, indiquez le nom des régimes qui vous versent d'autres retraites :

Autre(s) régime(s) : .....

Montant mensuel : .....

##### Retraites complémentaires

Indiquez ci-dessous le nom de votre caisse complémentaire principale :

.....

#### VI - Personnes à contacter pour le suivi de votre dossier

Vous pouvez indiquer, si vous le souhaitez, les coordonnées d'une personne à contacter pour le suivi de votre dossier.

Nom – Prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

Cette personne est :  un membre de la famille, un ami, un proche

votre tuteur, votre curateur

Nom de la structure d'aide à domicile envisagée : .....

#### V - Votre situation au regard des aides légales

##### Percevez-vous l'une de ces aides ?

- Allocation personnalisée d'autonomie (APA) Oui  Non  en cours  rejet
- Prestation spécifique dépendance Oui  Non  en cours  rejet
- Allocation compensatrice pour tierce personne Oui  Non  en cours  rejet
- Prestation compensatrice du handicap Oui  Non  en cours  rejet
- Majoration pour tierce personne Oui  Non  en cours  rejet
- Aide sociale légale du département Oui  Non  en cours  rejet
- Aide à domicile (pour moi ou mon conjoint) Oui  Non  en cours  rejet

Si oui indiquez la date depuis laquelle vous percevez cette aide : .....

Votre conjoint perçoit-il l'une de ces aides ces aides (APA, PSD...) ? : Oui  Non

Si oui précisez la nature de l'aide : .....

.....

#### VII- Pièces justificatives

**Pour que votre dossier soit complet vous devez obligatoirement joindre une photocopie de votre dernier avis d'impôt sur le revenu.**

Si vous bénéficiez d'un régime de protection juridique, vous devez fournir **une copie du jugement de curatelle, de tutelle ou de sauvegarde de justice.**

En cas de sortie d'hospitalisation, fournir **un bulletin de situation et une attestation de la Mutuelle indiquant la prise en charge ou non d'heures d'aide à domicile.**

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande. Je m'engage :**

- à signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint, ainsi que tout changement de domicile,
- à faire connaître toute modification de ma situation au regard de l'APA, de l'allocation compensatrice (ACTP), de la Prestation de compensation du handicap (PCH) et de la majoration tierce personne (MTP),
- à régler à la caisse les sommes éventuellement perçues à tort,
- à faciliter toute enquête.

**J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmises à une structure conventionnée avec la MSA pour permettre l'instruction de ma demande.**

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_ Votre signature

#### Cadre réservé à la MSA

- Tranche 1
- Tranche 2
- Tranche 3
- Tranche 4