

## Demande de financement pour l'acquisition d'une aide technique Hors bénéficiaires APA

*Dans le cadre du « Règlement des aides techniques de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie de la Haute-Marne »*

<b>N° dossier :</b>	<b>Date de réception :</b>
<b>Identité du demandeur</b>	
<b>Nom :</b> .....	<b>Prénom :</b> .....
<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	<b>Date de naissance et âge :</b> ... / ... / ....    ..... ans
<b>Adresse :</b> .....	
<b>Code Postal :</b> .....	<b>Ville :</b> .....
<b>Téléphone :</b> .....	
<b>Mail :</b> .....	
<b>Bénéficiez-vous d'une mesure de protection juridique :</b>	
<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	
<u>Pour la correspondance :</u>	
Adresse d'envoi des courriers (si différente de celle du demandeur) :	
.....	
Tél. du correspondant : (si différent de celui du demandeur) .....	

Situation actuelle du demandeur					
<b>Situation familiale :</b>	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Veuf (ve)	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Concubinage
<b>Caisse de retraite principale :</b>	<input type="checkbox"/> CARSAT	<input type="checkbox"/> MSA	<input type="checkbox"/> SNCF	<input type="checkbox"/> MDPH	
	<input type="checkbox"/> MGEN	<input type="checkbox"/> CNRACL	<input type="checkbox"/> Autre :		
<b>Niveau de perte d'autonomie</b>	<input type="checkbox"/> Gir 5	<input type="checkbox"/> Gir 6	<input type="checkbox"/> Non giré		

Aide technique sollicitée et montant	Cadre réservé au gestionnaire
<input type="checkbox"/> Aide dans le catalogue des aides techniques <input type="checkbox"/> Aide hors du catalogue (demande exceptionnelle)	Revenu brut mensuel :
	Taux appliqué :
<b>Montant pris en charge par la caisse de retraite</b>	Reste à charge aide déduite :
	Prise en charge CFPPA :
	Reste à charge :

Je soussigné(e), M/Mme ..... sollicite une participation au financement d'une aide technique auprès de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, pour mon compte / le compte de .....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration m'expose aux sanctions pénales et financières prévues par la loi.

A ..... Le .....

Signature du demandeur ou de son représentant légal

Cachet éventuel de la caisse de retraite

## PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Toute demande de financement doit être accompagnée de :

- Aide dans le « catalogue des aides techniques de la CFPPA de la Haute-Marne » : **un devis ou deux devis de fournisseurs différents au-dessus de 400 €**
- Aide hors du catalogue (demande exceptionnelle) : **un devis ou deux devis de fournisseurs différents au-dessus de 400 €**
- Le **dernier avis d'imposition sur les revenus**
- La **copie de la pièce d'identité**
- Le **montant de la prise en charge par la caisse de retraite** (notification) ou de **tout autre organisme**
- Le **Relevé d'Identité Bancaire**

### INFORMATION AU DEMANDEUR

Aides non éligibles à un financement Conférence des financeurs

- L'adaptation individuelle de l'habitat (hors matériel facilement démontable comme le siège de douche),
- Les aides à l'hygiène ou matériel à usage unique (alèse, protection urinaire etc.),

Montant de l'aide financière accordée :

- Montant calculé dans la limite des tarifs fixés par la Conférence des financeurs.
- Le reste à charge du bénéficiaire est calculé en fonction de la réglementation nationale, fixés à l'*article D.233-12* et à l'*annexe 2.11* du CASF par le décret 2016-209 du 26 février 2016.

Sauf en cas d'aide exceptionnelle, le financement ne pourra dépasser le montant maximum accordé dans le catalogue des aides techniques. Une aide inférieure à 20 euros ne fera l'objet d'aucun versement.

Pour pouvoir bénéficier de l'aide financière, l'achat n'est possible qu'après la réception de la notification de la décision d'attribution de l'aide.

Aussi, vous devrez transmettre **la facture acquittée à l'adresse ci-après dans le délai de 1 an** à compter de la **notification de la décision d'attribution de l'aide**.

\*\*\*

Document à retourner complété et accompagné des pièces jointes obligatoires à :

**MSA Services Sud Champagne**  
Allée Cassandre, 52000 Chaumont

Ou par voie électronique à :

[aidetechnique.cdf@msa-services-sc.fr](mailto:aidetechnique.cdf@msa-services-sc.fr)

\*\*\*

Pour toute demande de renseignements vous pouvez contacter MSA SERVICES au **03.25.30.33.12**

*Les informations fournies dans ce présent document sont traitées informatiquement et soumises aux dispositions de la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuelles. Cette loi vous garantit un droit d'accès et de rectification de ces informations. Pour le mettre en œuvre, vous pouvez vous adresser au Département - Direction de l'autonomie.*

**\*\*\* Le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par le code pénal. \*\*\***