



TABLE DES matières - ANNEXES



Les annexes ci-après feront l'objet d'une réactualisation systématique dès lors que des modifications réglementaires ou au niveau des barèmes interviendront.

Annexe n°1

Dossier de demande d'aide financière.

Annexe n°2

Barème d'attribution (Aides individuelles) de l'Action Sanitaire et Sociale.

Annexe n°3

Barème des Aides Ménagères au 1er janvier 2024.

Annexe n°4

Conditions de prise en charge des personnes en soins palliatifs.

Annexe n°5

Demande de prise en charge des frais de gardes-malades à domicile/soins palliatifs.

Annexe n°6

Liste des 13 prestations supplémentaires facultatives

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse postale : _____

Ville: _____ Code postal: _____

Téléphone : _____ Mail : _____

N° immatriculation (CPAM): _____

N° allocataire (CAF): _____

Préalable à toute sollicitation : vous devez avoir souscrit une complémentaire santé

NATURE DE LA DEMANDE

Si vous souhaitez une aide pour plusieurs motifs, merci de compléter autant de dossiers que de demandes

- ORTHODONTIE
- DENTAIRE
- OPTIQUE
- AUDITIF
- HOSPITALISATION
- AIDE MÉNAGÈRE
- AUTRES :.....
- HÉBERGEMENT
- TRANSPORT
- PERTE DE SALAIRE
- FOURNITURES / MÉDICAMENTS
- APPAREILLAGE HANDICAP
- PSYCHOLOGIE / PSYCHOTHÉRAPIE
- ERGOTHÉRAPIE / PSYCHOMOTRICITÉ

ATTENTION :
Joindre les pièces justificatives des dépenses à engager (devis) et prescription médicale correspondante

SITUATION FAMILIALE

- Célibataire Marié(e) Vie maritale Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Attention, le tableau ci-dessous doit faire figurer chacune des personnes vivant dans le foyer

	Nom Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation (scolaire, professionnelle)
Demandeur				
Conjoint/ Concubin				
Enfants				
Autres personnes vivant au foyer				



RESSOURCES / CHARGES

- Si vous êtes allocataire de la CCSS, votre Quotient Familial peut être pris en compte pour le calcul de la prise en charge
- Si vous n'êtes pas allocataire à la CCSS, merci de joindre votre dernier avis d'impôt sur les revenus

ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

Attention : l'adhésion à un organisme complémentaire est obligatoire pour pouvoir prétendre à une aide financière

La personne concernée par l'aide est-elle couverte par un Organisme Complémentaire ?

- OUI NON

S'agit-il de : **Mutuelle:** (veuillez préciser les coordonnées)

- CMU Complémentaire**

Si votre complémentaire prends en charge une partie des frais concernant votre demande, veuillez indiquer le montant :€

Important : Solliciter votre organisme complémentaire pour le remboursement légal mais veuillez également à solliciter un secours exceptionnel du fonds social de votre mutuelle (démarche obligatoire à faire en amont de ce dossier) en joignant les justificatifs (simulation de remboursement...).

AUTRES FINANCEURS

Avez-vous sollicité une autre aide auprès d'autres organismes?

- OUI NON

Si oui, lesquels : _____

Une aide vous a-t-elle été accordée ?

- OUI NON

Si oui, veuillez joindre la copie de la notification de décision.



BARÈME D'ATTRIBUTION - AIDES INDIVIDUELLES ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

L'attribution des aides individuelles dans le cadre de l'action Sanitaire et sociale est déterminée soit :

1. En pourcentage selon le **Quotient Familial (QF)** cnaf du mois de la demande.
A défaut, l'avis d'imposition sera demandé pour calculer le quotient familial du foyer
Le quotient familial peut être consulté sur le site www.caf.fr/espace "Mon compte"

Mode de calcul du quotient familial :

$$\text{QF} = \frac{\text{revenus bruts annuels (avant tout abattement fiscal)} + \text{prestations}}{\text{Nombre de part}}$$

Le nombre de part pris en compte dans le calcul est le suivant :

- 2 part pour un couple ou une personne isolés
- 0.5 part par enfant
- 1 part pour le 3ème enfant
- 0.5 part par enfant supplémentaire
- 1 part par enfant handicapé

Montant de prise en charge déterminé en fonction de la tranche du QF (hors PRADO, aides pour le maintien à domicile, secours et soins palliatifs).

<u>QF de la demande :</u>	<u>Taux de participation :</u>
0€ < QF < 550€	80%
551€ < QF < 650€	60%
651€ < QF < 750€	40%
751€ < QF < 850€	20%

2. En fonction du **Reste à Vivre (RAV)** pour les aides de maintien à domicile et secours Ressources mensuelle du mois précédent la demande

Le reste à vivre est le solde journalier ou mensuel des ressources par personne au foyer une fois déduites les charges estimées incompressibles.

$$\text{RAV} = (\text{Ressources du foyer} - \text{charges du foyer}) / \text{Nombre de parts}$$

Les ressources prises en compte sont :

- Revenus liés à une activité :
 - Salaires
 - Allocation chômage
 - Indemnités journalières
 - Revenus d'activités non salariée
 - Prime d'activité
- Pensions et rentes :
 - Pension d'invalidité
 - Majoration tierce personne
 - Pension retraite
 - Retraite complémentaire
 - Pension civile et militaire
 - Rente accident de travail ou survivant
 - Allocation veuvage
- Prestations diverses :
 - RSA
 - Allocation familiale
 - Allocation parent isolé
 - Prestation spécifique personne âgée ou handicapée
 - APL/AL
 - PAJE
 - Autre prestation compensatoire
- Revenus divers :
 - Revenu mobilier ou immobilier
 - Pension alimentaire

Les charges prises en compte sont :

- Loyer et prêt d'accèsion à la propriété (sans les charges et sans assurance)
- Pension alimentaire versée
- La taxe foncière (mensuelle)
- La cotisation mensuelle à une complémentaire santé
- Forfait énergie et Télécommunication :

Nbre de personnes au foyer	Forfait énergie et télécommunications
1	200 €
2	360 €
3	600 €
4	650 €
5 et +	700 €

Situation	Nombre de parts
Personne seule	1
Couple	2
Autre personne	0,5
Handicap + 0,5/ personne	

Barème de ressources pour l'aide à domicile :

Reste à vivre mensuel par personne	Participation ASS
de 0€ à 400€	80%
de 401€ à 550€	60%
de 551 € à 650 €	40%
de 651€ à 750€	20%
au delà	aucune participation

Pour les secours une évaluation sociale est réalisée par le service social qui propose un montant d'aide au plus juste des besoins évalués. **Aucun secours possible pour un RAV au-delà de 750 €.**



ANNEXE N°3

BARÈME AIDES MÉNAGÈRES AU 1ER JANVIER 2024 PARTICIPATION CCSS - ASS - PRADO

BAREME AIDES MENAGERES AU 1ER JANVIER 2024

Participation Assurance Maladie- ASS- PRADO ortho IC BPCO AVC PA aide à dom portage repas éventuellement transport						
personne seule	coef sup par enfant :30%	1 enfant	2 enfants	3 enfants	au-delà : majoration de 40 % par enfant	participation CPAM
jusqu'à 1 012,01	303,60	1 315,61	1 619,21	1 922,81	404,80	90%
de 1012,02 € à 1 114,99 €	de 303,61 € à 334,5 €				de 404,81 € à 446 €	85%
de 1115 € à 1 226,99	de 334,5 € à 368,1 €				de 446 € à 490,8 €	75%
de 1 227€ à 1 395,99€	de 368,1 € à 418,8 €				de 490,8 € à 558,4 €	60%
de 1 396 € à 1 562,99 €	de 418,8 € à 468,9 €				de 558,4 € à 625,2 €	55%
de 1 563 € à 1 897,99 €	de 468,9 € à 569,4€				de 625,2 € à 759,2 €	35%
de 1 898 € à 2 231,99€	de 569,4 € à 669,6 €				de 759,2 € à 892,8 €	30%
couple						
	coef sup par enfant :30%	1 enfant	2 enfants	3 enfants	au-delà : majoration de 40 % par enfant	participation CPAM
jusqu'à 1 571,15 €	471,35	2 042,50	2 513,85	2 985,20	628,46	90%
de 1 571,16 € à 1 785,99 €	de 471,35 € à 535,8€				de 628,46 € à 714,4 €	85%
de 1 786 € à 1 952,99 €	de 535,8 € à 585,9 €				de 714,4 € à 781,2 €	75%
de 1 953 € à 2 120,99 €	de 585,9 € à 636,3 €				de 781,2 € à 848,4 €	60%
de 2 121 € à 2 455,99 €	de 636,3 € à 736,8 €				de 848,4 € à 982,4 €	55%
de 2 456 € à 2 901,99 €	de 736,8 € à 870,6 €				de 982,4 € à 1 160,8 €	35%
de 2 902 € à 3 346,99 €	de 870,6 € à 1 004,1 €				de 1 160,8 € à 1 338,8 €	30%

Participation horaire de l'aide humaine à domicile à compter du 1er janvier 2024 : à 26,30 euros (29,50 € pour les dimanches et jours fériés)

LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SOINS PALLIATIFS

Extraits de la lettre réseau LR-DDO-152/2022 du 14/09/2022

Objet de la prestation "soins palliatifs"

Il est rappelé que l'intervention, a pour principe de répondre à des situations urgentes et temporaires (nuits, week-end...), en faveur des ressortissants du Régime Général et de leurs ayants droits, relevant de la compétence de la Cpm, nécessitant l'assistance d'une tierce personne en cas d'absence de leur entourage.

Cette prise en charge n'intervient qu'après épuisement des autres dispositifs existant dans le cadre de l'aide à domicile.

Elle reste limitée aux personnes:

- Au stade terminal de leur maladie (cancer, maladie dégénérative, Alzheimer et apparentées, pour lesquelles la durée de soins palliatifs est en moyenne de 3 mois) à l'exclusion des personnes âgées ne présentant pas de pathologie clairement définie,
- A leur domicile ou substitut de domicile (ex: maison de retraite),
- Prise en charge au titre d'un service d'Hospitalisation à Domicile, d'une équipe mobile de Soins Palliatifs, d'un réseau de Soins Palliatifs, d'un service de soins Infirmiers à Domicile, en cas de carence de structures initialement éligibles. En effet, des soins médicaux et paramédicaux continus doivent être garantis.

Les conditions financières:

Concernant les ressources des assurés, les plafonds de ressources sont simplifiés:

- 37 500€ pour une personne seule
- 50 000€ pour un couple

Ces plafonds ont été majorés de 4 500€ par an et par personne à charge.

La participation de l'Assurance Maladie s'effectue sur la base des tarifs horaires fixés et révisés périodiquement par la Caisse Nationale d' Assurance Vieillesse:

- L'intervention s'élève à 90% de la dépense engagée dans la limite de 3000€ par personne.
- La dépense comprend :

- l'ensemble des frais supportés par les personnes au titre de la garde à domicile, soit le montant brut de la rémunération,
- les charges sociales y afférentes,
- les avantages en nature ou accessoire,
- les frais de transport et les frais de dossier.

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE GARDES-MALADES À DOMICILE / SOINS PALLIATIFS

1ère demande Renouvellement

COORDONNÉE DE L'ASSURÉ(E) :

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse postale : _____

Ville: _____ Code postal: _____

N° d'immatriculation:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Centre d'affiliation: _____ Régime : _____

Droits ouverts : OUI NON

COORDONNÉES DU MALADE S'IL N'EST PAS ASSURÉ(E) :

Conjoint Enfant Autre membre de la famille

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse postale (si différente de celle de l'assuré(e)) : _____

Ville: _____ Code postal: _____

Date de naissance : _____

SOINS PALLIATIFS ASSURÉS PAR :

- Une équipe mobile de soins palliatifs - Dénomination :
- Une HAD - Dénomination :
- Un réseau spécialisés en soins palliatifs - Dénomination :

RESSOURCE * :

Personne seule (Jusqu'à 37 500 €)	Couple (Jusqu'à 50 000 €)
Ressources : €	Ressources : €
Majoration pour personne à charge : €	Majoration pour personne à charge : €
Total des ressources : €	Total des ressources : €

<p>La structure de soins palliatifs ci-dessus reconnaît prendre en charge le malade désigné supra</p> <p>Évaluation du volume hebdomadaire de l'intervention des gardes-malades* :</p> <p>Jour / Semaine : Nuit / Semaine :</p> <p>Jour / Dimanche : Nuit / Dimanche :</p> <p>A compter du :</p>	<p>Cachet de la structure de soins palliatifs</p> <p>Date :</p> <p>Visa du responsable</p>
--	--

<p>Date, visa du directeur et cachet du service de gardes malades assurant la prestation dans les conditions visées ci-dessus</p>	
---	--

- * Dernier avis d'imposition (revenu fiscal de référence, déduction faite du loyer, des charges locatives et des frais d'accession à la propriété(e), le plafond annuel de ressource de ressources est majoré de 4 500€ par personne à charge
- * Toute modification du volume hebdomadaire doit s'effectuer de façon concertée entre la structure de soins palliatifs et le service de gardes-malades