

# Aide à domicile aux familles

POITOU

Action Sanitaire et Sociale

**Conditions d'attribution (cf règlement) :**

Être bénéficiaire de prestations familiales à la MSA POITOU au début et pendant toute la durée de l'accord notifié.

**Pièces à joindre obligatoirement au dossier :**

Dernier avis d'imposition – copie de l'arrêt de travail s'il y a lieu.

Ce document doit être dûment complété et retourné **avec tous les justificatifs** soit :

Par mail : [ass\\_aideadomicile.blf@poitou.msa.fr](mailto:ass_aideadomicile.blf@poitou.msa.fr) / Par votre espace privé sur le site internet/application MSA

1ère demande  Renouvellement

TISF (*Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale*)

Auxiliaire Familiale (*Salarié association*)  Auxiliaire Familiale (*Salarié famille*)

**1 - Identification du foyer**

| Père   | Mère   |
|--|--|
| Numéro de sécurité sociale :<br><input type="text"/>                           | Numéro de sécurité sociale :<br><input type="text"/>                           |
| Nom : <input type="text"/>   | Nom : <input type="text"/>   |
| Prénom : <input type="text"/>  | Prénom : <input type="text"/>  |
| Téléphone : <input type="text"/>   | Téléphone : <input type="text"/>   |
| Mail : <input type="text"/>  | Mail : <input type="text"/>  |
| Profession : <input type="text"/>  | Profession : <input type="text"/>  |
| En activité : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>        | En activité : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>        |
| En arrêt maladie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   | En arrêt maladie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   |
| En congé parental : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  | En congé parental : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  |
| En longue maladie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  | En longue maladie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  |
| Demandeur d'emploi : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Demandeur d'emploi : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|  | Si maternité, date prévu d'accouchement : <input type="text"/>                 |
| Adresse : <input type="text"/>   |  |

**2 – Composition de la famille (enfant(s) à charge)**

| Nom / Prénom         | Date de naissance ou date prévue d'accouchement | Scolarité (classe fréquentée) | Rentre-t-il le soir ? |
|----------------------|---|-------------------------------|-----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                            | <input type="text"/>          | <input type="text"/>  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                            | <input type="text"/>          | <input type="text"/>  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                            | <input type="text"/>          | <input type="text"/>  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                            | <input type="text"/>          | <input type="text"/>  |

# Aide à domicile aux familles

POITOU

Action Sanitaire et Sociale

## 3 – Motif de la demande

- S'agit-il d'un accident ? Oui  Non  De la vie privée ? Oui  Non  Du travail ? Oui  Non

Durée probable de l'arrêt de travail (*joindre une copie de l'arrêt de travail*) :

- S'agit-il d'une maladie du parent ? Oui  Non

Durée probable de l'arrêt de travail (*joindre une copie de l'arrêt de travail*) :

S'agit-il d'une maladie d'un enfant ? Oui  Non

D'une maladie longue durée ALD ? Oui  Non

- S'agit-il d'une hospitalisation ? Oui  Non

A quelles dates a (aura)-t-elle eu lieu ?  Et durée probable de l'arrêt .

- Bénéficiez-vous d'une prise en charge ou aide d'un autre organisme ? (*Assurance complémentaire, Assurance, Conseil général...*) Oui  Non  Si oui, quel organisme ?

Nombre d'heures accordées :  Durée de la prise en charge

## 4 – Projet (à détailler)

1. Si TISF (*Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale*)

Quelles activités la TISF réalisera-t-elle avec le ou les parents, avec les enfants ?

2. Si A.F (Auxiliaire familiale)

Quelles tâches l'auxiliaire familiale réalisera-t-elle avec le ou les parents, avec les enfants ?

Date souhaité du début de l'intervention :

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement d'Action Sanitaire et Sociale de la MSA POITOU.

Signature du demandeur

(obligatoire)

Le :

Signature et tampon/cachet de l'association

(obligatoire)

Le :