

# Aide au répit des aidant familiaux

POITOU

Action Sanitaire et Sociale

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

Être retraité(e) à titre principal de la MSA POITOU

Être assuré(e) en maladie à la MSA POITOU

**Pièces à joindre obligatoirement au dossier :**

Dernier avis d'imposition ou de non-imposition de la personne aidée et de son/sa conjoint(e) **ET** de l'aidant familial si celui-ci n'est pas le/la conjoint(e) de la personne aidée.

Justificatifs de frais occasionnés (devis ou facture)

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

Par mail : [secretariat\\_ass.blf@poitou.msa.fr](mailto:secretariat_ass.blf@poitou.msa.fr) OU Par votre espace privé sur le site internet/application MSA

## 1 - Identification du foyer

Demandeur	Personne aidante
Numéro de sécurité sociale : <input type="text"/>	Numéro de sécurité sociale : <input type="text"/>
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Code postal : <input type="text"/>	Code postal : <input type="text"/>
Ville : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
Téléphone : <input type="text"/>	Téléphone : <input type="text"/>
Mail : <input type="text"/>	Mail : <input type="text"/>
Vous êtes : <input type="checkbox"/> En activité/sans emploi <input type="checkbox"/> Retraité(e)	Vous êtes : <input type="checkbox"/> En activité/sans emploi <input type="checkbox"/> Retraité(e)
Nombre d'enfant à charge <input type="text"/>	Nombre d'enfant à charge <input type="text"/>

## 2 – L'aide

Date de mise en place de l'aide souhaité :

Motif de la demande (maladie de l'aidant, congés, formation, répit...)

Nature du besoin (nature de l'intervention ou de l'hébergement, fréquence, durée...)

Bénéficiez d'une autre aide financière pour ce même besoin ?  Oui  Non

Si oui, jusqu'à quelle date ?

L'aidé(e) est bénéficiaire : De l'APA  Oui  Non De la Majoration Tierce Personne  Oui  Non  
De la Prestation de Compensation du Handicap Aide Humaine  Oui  Non

**Attention, l'aide accordée par la MSA n'est pas cumulable avec une autre prise en charge pour le même motif. Elle n'a pas pour objet de se substituer aux prestations légales mais peut éventuellement les compléter.**

## Aide au répit des aidant familiaux

POITOU

Action Sanitaire et Sociale

### 3 – Versement de la participation

A l'aidant familial       A la personne aidée       A la structure d'accueil

*(joindre un RIB si le destinataire du paiement est différent du demandeur)*

### 4 – Avis du travailleur social

Le  Nom du travailleur social

Structure (si hors MSA)

Je soussigné(e)  certifie l'exactitude des renseignements fournis.

Date  Signature du demandeur