Caisse de Prévoyance Sociale
Saint-Pierre et Miquelon

DEMANDE D'ALLOCATION JOURNALIÈRE D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE D'UNE PERSONNE EN FIN DE VIE

1

Formulaire Action Sociale

Rubrique 1 : Pièces justificatives à joindre impérativement

☐ Attestation sur l 'honneur de l 'employeur précisant que le demandeur bénéficie d'un congé de solidarité familiale ou l'a transformé en période d'activité à temps partiel.

Ou

☐ Déclaration du demandeur précisant qu 'il a suspendu ou réduit son activité professionnelle pour accompagner àdomicile une personne en fin de vie

Ou

☐ Déclaration sur l 'honneur de cessation de recherche active d 'emploi pour accompagner à domicile une personne en fin de vie.

Rubrique 2 : Demandeur

- **Identification**

Nom et prénom : .....

Numéro d'immatriculation : ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐ Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Adresse : .....

Lien avec la personne accompagnée : ☐ Ascendant ☐ Descendant ☐ Frère ou soeur ☐ Personne de confiance au sens de l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique

- **Situation professionnelle de la personne accompagnante** ***(selon votre situation, vous pouvez cocher plusieurs cases)***

☐ Vous êtes salarié(e) et vous bénéficiez d'un congé de solidarité familiale *(cf. notice, § «pièce à joindre à votre demande» 1*

☐ Vous êtes non salarié(e) et vous avez suspendu ou réduit votre activité professionnelle *(cf. notice, § «pièce à joindre à votre demande» 2)*

☐ Vous êtes chômeur indemnisé et vous avez cessé toute recherche active d'emploi *(cf. notice, § «pièce à joindre à votre demande» 3)*

☐ Autre situation, précisez : .....

Percevez-vous le complément de libre choix d'activité ou la prestation partagée de l'éducation de l'enfant (PreParE) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ou l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) ☐ Oui ☐ Non

Nombre d'allocations journalières demandées dans la limite de 21, en cas de cessation complète d'activité ☐☐

dans la limite de 42, en cas de réduction d'activité ☐☐

Date de début ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Date de fin ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Vous partagez l'allocation avec une ou plusieurs personnes : ☐ Oui ☐ Non

Rubrique 2 : Personne accompagnée

- **Identification**

Nom et prénom : .....

Numéro d'immatriculation : ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐ Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Adresse : .....

Organisme d e rattachement : .....

Nom et adresse de l 'organisme chargé du remboursement des frais de santé de la personne accompagnée

Rubrique 3 : Déclaration sur l'honneur de la personne accompagnante

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration

Je m'engage à signaler immédiatement à la CPS tout changement intervenant dans la situation de la personne accompagnée, dans ma situation, ou dans les modalités de l'accompagnement pendant la période de versement de l'allocation.

Fait à : ..... Le : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Signature du demandeur :

DEMANDE D'ALLOCATION JOURNALIÈRE D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE D'UNE PERSONNE EN FIN DE VIE

Rubrique 4 : Attestation à faire compléter par le médecin de la personne accompagnée

Nom et prénom du médecin : .....

Identifiant : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Raison sociale : .....

Adresse : .....

N° de structure : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

(AM, FINESS ou SIRET)

Je soussigné(e) certifie que l'état de santé de M., Mme, Mlle (nom et prénom) : .....
entre dans le cadre de l'article L. 168-1 du Code de la sécurité sociale.

Fait à : ..... Le : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature du médecin :

Rubrique 5 : Partie réservée au Service d'Action Sociale de la CPS

Détail et modalité de la prestation :

Le : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature des agents du service d'action sociale :