SÉCURITÉ SOCIALE
l'Assurance Retraite

Action sociale - Transmission d'une demande d'ASIR

Article L222-1 (modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 24)

(à transmettre au plus tard 6 mois après l'événement)

cerfa
Imprimé provisoire

1 Vous-même

Madame ☐ **Monsieur** ☐

Votre nom de famille (de naissance) **:** .....

Votre nom d'usage (s'il y a lieu) **:** .....

Vos prénoms (soulignez le prénom courant) **:** .....

Votre n° de sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Êtes-vous retraité du régime général ? oui ☐ **non** ☐

Si oui, indiquez la caisse qui verse votre retraite du régime général : .....

Votre date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Votre n° de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) **:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Votre adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| **Commune :** ..... **Pays :** .....

Votre adresse mail : .....

2 Votre situation de famille

Célibataire ☐ | **Marié(e)** ☐ **Pacsé(e)** ☐ **En concubinage** ☐ | **Divorcé(e)** ☐ **Séparé(e)** ☐ **Veuf(ve)** ☐

Depuis le |_|_|_|_|_|_|_|_| | **Depuis le** |_|_|_|_|_|_|_|_|

3 Votre conjoint(e) ou partenaire PACS ou concubin(e)

Son nom de famille (de naissance) **:** .....

Son nom d'usage (s'il y a lieu) **:** .....

Ses prénoms (soulignez le prénom courant) **:** .....

Son n° de sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Sa date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| En cas de décès, précisez la date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Est-il/elle retraité(e) du régime général ? oui ☐ **non** ☐

Si oui, son n° de retraite : |_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

4 Votre situation au regard des aides légales

► **Percevez-vous une aide du conseil général ?**

- ► Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ..... **oui** ☐ **non** ☐
- ► Prestation spécifique dépendance (PSD) ..... **oui** ☐ **non** ☐
- ► Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ..... **oui** ☐ **non** ☐
- ► Prestation de compensation du handicap (PCH) ..... **oui** ☐ **non** ☐

► **Percevez-vous la majoration pour tierce personne (MTP)** ..... **oui** ☐ **non** ☐

Si **oui**, indiquez la date depuis laquelle vous percevez ces aides : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Si **non**, précisez si pour ces aides :

☐ Vous n'avez pas déposé de demande.
☐ Votre demande est en cours d'instruction.
☐ Votre demande a été rejetée.
☐ Vous en avez refusé l'attribution.

5 Vos ressources

► Indiquez ci-dessous le montant mensuel de vos ressources actuelles (comprenant le cas échéant les revenus perçus par votre conjoint, concubin ou partenaire PACS).

Pour les situations de veuvage, indiquez vos ressources individuelles dans l'attente de la régularisation du dossier de pension de reversion :

..... **€**

Action sociale - Transmission d'une demande d'ASIR

(à transmettre au plus tard 6 mois après l'événement)

cerfa
Imprimé provisoire

6 La personne à contacter pour le suivi de votre dossier

▶ Vous pouvez indiquer si vous le souhaitez, les coordonnées d'une personne à contacter pour le suivi de votre dossier :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : _____ Commune : .....

Adresse mail : .....

N° de téléphone : _____

Cette personne est :

☐ un membre de votre famille, un ami, un proche,

☐ votre tuteur ou curateur.

7 Le motif de votre demande

▶ Placement du conjoint	☐	Date du placement du conjoint : _____
▶ Déménagement	☐	Date du déménagement : _____
▶ Décès d'un proche ou d'un conjoint	☐	Date du décès : _____
▶ Autre situation :	☐	Date de l'évènement : _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage :

- à signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et tout changement de domicile,
- à faire connaître toute modification de ma situation au regard de la PSD, de l'APA, de l'ACTP, de la PCH et de la MTP,
- à régler à la Caisse les sommes éventuellement versées à tort,
- à faciliter toute enquête.

J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à un autre organisme conventionné avec la Caisse pour permettre l'instruction de ma demande.

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la sécurité sociale.

Fait à :.....

Le _____

Votre signature :

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L114-13 du code de la sécurité sociale, arts 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).
En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la sécurité sociale.