

Aides aux aidants

Carole CORNILLE

Infirmière coordinatrice de réseau de soins palliatifs

- Aides financières
- Prestation soins palliatifs
- Congés de solidarité et de soutien familial

Aides financières les plus courantes

APA

Conseil général

> 60 ans

Demande par AS (hôpital-secteur-CRAM)

Délai d'obtention \cong 1 mois

Aides financières les plus courantes

APA	Conseil général > 60 ans Demande par AS (hôpital-secteur-CRAM) Délai d'obtention \cong 1 mois
Mutuelle	Pas de limite d'âge Entre 5h et 20h NON soumis à condition de ressources Délai d'obtention : immédiat

Aides financières les plus courantes

APA	<p>Conseil général > 60 ans Demande par AS (hôpital-secteur-CRAM) Délai d'obtention \cong 1 mois</p>
Mutuelle	<p>Pas de limite d'âge Entre 5h et 20h NON soumis à condition de ressources Délai d'obtention : immédiat</p>
MDPH	<p>Conseil général Toute perte de salaire due à un handicap Demande par AS Délai d'obtention \cong 7 à 9 mois</p>

Aides financières plus exceptionnelles

Ligue
contre le
Cancer



Fonds propres

Toute baisse salaire due à pathologie cancéreuse

Max. 500 €/an

Délai d'obtention : 15 à 30 jours

Aides financières plus exceptionnelles

Ligue
contre le
Cancer



Fonds propres

Toute baisse salaire due à pathologie cancéreuse

Max. 500 €/an

Délai d'obtention : 15 à 30 jours

CAF

CAF région

Aide-ménagère et/ou aux. de vie

Aide aux enfants

Baisse tarif de l'intervenant

Délai d'obtention : 7 à 15 jours

Aides financières plus exceptionnelles

Ligue
contre le
Cancer



Fonds propres

Toute baisse salaire due à pathologie cancéreuse

Max. 500 €/an

Délai d'obtention : 15 à 30 jours

CAF

CAF région

Aide-ménagère et/ou aux. de vie

Aide aux enfants

Baisse tarif de l'intervenant

Délai d'obtention : 7 à 15 jours

Cabinet

Préfecture

Tout projet motivé par lettre de motivation

Max. 500 euros/an

Délai d'obtention \cong 1 mois

Prestation Soins Palliatifs (PSP)

CPAM

MSA

PSP

Demande par AS
Hôpital-Secteur-CRAM
Coordinatrice de réseau

Finance

- garde de nuit
- auxiliaire de vie / aide-ménagère
- matériel médical non remboursé
- - 15% si imposable
- - 10 %si non imposable

Commission d'attribution

Conditions de ressources
(\cong APA)
Pas de limite d'âge

< 1000 € / mois
< 1 mois pour MSA
➔ DC du patient pour la CPAM



Délai d'attribution : \cong 15j - Pas de rétroactivité

Les congés proposés aux aidants

	Solidarité familiale Loi du 02 mars 2010	
Bénéficiaire	Salarié ou non salarié Pour un proche en fin de vie	
Pour qui ?	Ascendant, descendant Frère ou sœur Personne de confiance.	
Durée	3 mois (fractionnables) renouvelable 1 fois	
Rémunération	≤ 49 euros/j - Maxi 21j	
Comment demander	Lettre R + AR à l'employeur Demande CPAM	

Les congés proposés aux aidants

	Solidarité familiale Loi du 02 mars 2010	Soutien familial
Bénéficiaire	Salarié ou non salarié Pour un proche en fin de vie	Salarié Pour proche dépendant ou handicapé
Pour qui ?	Ascendant, descendant Frère ou sœur Personne de confiance.	Parent ≤ 4 ^e degré Personne de confiance, concubin...
Durée	3 mois (fractionnables) renouvelable 1 fois	3 mois (fractionnables) < 1 an durant carrière professionnelle
Rémunération	≤ 49 euros/j - Maxi 21j	Non rémunéré
Comment demander	Lettre R + AR à l'employeur Demande CPAM	Déclaration sur honneur parenté Justificatif perte d'autonomie ou handicap et degré de dépendance

demande d'allocation journalière d'accompagnement à domicile d'une personne en fin de vie

(articles L. 168-1* à L. 168-7 du Code de la sécurité sociale)
(article L. 1113-6 du Code de la santé publique)

date de réception

personnes accompagnées

identification

nom et prénom (née, né) y a lieu, de son d'épouse(s)

numéro d'immatriculation _____ date de naissance _____

adresse _____

lien avec la personne accompagnée

ascendant descendant frère ou sœur personne de confiance au sens de l'article L. 1113-6 du Code de la santé publique

personne partageant le même domicile qu'un(a) conjoint(e), PACS,)

situation professionnelle de la personne accompagnée

vous êtes salarié(e) et vous bénéficiez d'un congé de solidarité familiale (cf. article 5 "jours à jouir à votre demande" *)

vous êtes non salarié(e) et vous avez suspendu ou réduit votre activité professionnelle (cf. article 5 "jours à jouir à votre demande" *)

vous êtes chômeur indemnisé et vous avez cessé toute recherche active d'emploi (cf. article 5 "jours à jouir à votre demande" *)

autre situation précisez : _____

percevez-vous le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAAJE) ou l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) ? oui non

modalités de l'accompagnement

nombre d'allocations journalières demandées : _____ L'accompagnement s'entend sur des jours ouvrables _____

(indiquez ci-dessous les dates de début et de fin de la période versée (ou, au cas de période(s) de congé(s) réduits, les dates de début et de fin de la période versée sur papier libre - 5 jours -) _____

date de début _____ date de fin _____

vous partagez l'allocation avec une ou plusieurs personnes : oui non

(si vous avez répondu "oui", veuillez joindre une copie de la demande d'allocation journalière déposée par une(s) autre(s) personne(s) ou préciser sur papier libre à quel(s) moment(s), période(s) et d'immatriculation vous que le montant d'allocation affecté par chacun.)

identification

nom et prénom (née, né) y a lieu, de son d'épouse(s)

numéro d'immatriculation _____ date de naissance _____

adresse où aura lieu l'accompagnement si celle-ci est différente de celle du domicile de la personne accompagnée _____

organisme de rattachement

nom et adresse de l'organisme chargé de la prise en charge des frais de santé de la personne accompagnée (indiquer, le cas échéant, le n° de carte de paiement de la sécurité sociale médicale (pour les salariés) ou le n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés))

certification sur l'état de la personne accompagnée

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande et sur le(s) document(s) joint(s).
Je m'engage à signaler immédiatement tout changement 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 : _____ date : _____

Signature du demandeur : _____

attestation à faire compléter par le médecin de la personne accompagnée

nom et prénom du médecin	raison sociale
identifiant _____	adresse _____
	n° structure _____
	(ou numéro de téléphone) _____

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

Fait à : _____ date : _____

Signature du médecin : _____

* L'article L. 168-1 précise qu'il s'agit de l'accompagnement à domicile d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable quelle qu'en soit la cause.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude et de fausses déclarations (article L. 116-13 du Code de la sécurité sociale, 443-1 du Code pénal). L'organisme qui versera l'allocation vérifiera l'exactitude des déclarations.
CNAVETS 787-01/2011

Quelques raccourcis utiles

- [APA](#)
- [Allocation fin de vie](#)
- [Soutien familial](#)
- [Congés de solidarité familiale](#)
- [Allocation accompagnement](#)
- [MDPH 76](#)
- [MDPH 27](#)

Document à remplir

Merci de votre attention

Récapitulatif aides aux aidants

	APA	Prestations Soins Palliatifs	Mutuelles	MDPH (non cumulable avec APA)	Ligue contre le Cancer	Fonds CAF	Fonds Cabinet
Financement	Conseil général	CPAM et MSA	La plupart des Mutuelles	Conseil général	Fonds propres	CAF de région	Préfecture
Qui peut le demander	Assistante sociale (hôpital, secteur, CRAM), Coordinateur de réseau						
Que finance-t'il	Aide-ménagère, Aux. de vie, Garde de nuit, Portage de repas, Télé-alarme, Matériel non remboursé		Aide-ménagère et/ou Aux. de vie	Toute perte de salaire due au handicap	Toute perte de salaire due à une patho. cancéreuse	Aide-ménagère et/ou aux. de vie, Aide aux enfants	Tout projet motivé par un courrier
Passage en commission	O U I	O U I	<u>NON</u>	O U I	O U I	O U I	O U I
Limite d'âge	A partir de 60 ans	a u c u n e					
Soumis à condition de ressources	O U I	O U I	<u>NON</u>	O U I	O U I	O U I	<u>NON</u>
Justificatifs	Certificat médical détaillé de la pathologie précisant l'état en soins palliatifs de la personne, établi par le médecin traitant ou le médecin hospitalier						
Montant alloué	En fonction du degré d'autonomie et des ressources	Max. 1000 euros/mois. Pdt 1 mois pour la MSA Jusqu'au DC pour la CPAM	Entre 5h et 20h d'A.M ou d'A.V dans le mois qui suit la sortie d'hospitalisation	En fonction du handicap	Max. 500 euros/an	Baisse du tarif horaire de l'intervenant	Max. 500 euros/an