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. 1111-6 du Code de la santé publique)

personne accompagnante

- **identification**

nom et prénom *(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))*

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 ☐

personne partageant le même domicile *(conjoint, concubin, PACS...)* ☐

- **situation professionnelle de la personne accompagnante**

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

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

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

autre situation ☐ précisez :

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

- **modalités de l'accompagnement**

nombre d'allocations journalières demandées — activité

indiquez ci-dessous les dates de début et de fin de la période retenue (en cas de période(s) discontinue(s), précisez les dates retenues sur papier libre - à joindre -)

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 formulée par cette(ces) personne(s) ou précisez sur papier libre ses (leurs) nom(s), prénom(s), n° d'immatriculation ainsi que le nombre d'allocations sollicité par chacun).

personne accompagnée

- **identification**

nom et prénom *(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))*

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 du remboursement des frais de santé de la personne accompagnée
(indiquez, le cas échéant, le n° du centre de paiement ou de la section locale mutualiste (pour les salariés) ou le n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés))

déclaration sur l'honneur de la personne accompagnante

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

identifiant

raison sociale

adresse

n° structure

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 : ..... 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. Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité social

N O T I C E

Ce qu'il faut savoir

. Vous accompagnez à domicile[1] une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause ;

. Vous êtes un ascendant, un descendant, un frère, une sœur, une personne de confiance de la personne accompagnée au sens de l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique ou partagez le même domicile que la personne accompagnée (par exemple, conjoint, partenaire lié par un PACS, concubin…) ;

Vous pouvez demander l'allocation j