



J'accompagne à domicile un proche en fin de vie

Pour demander l'allocation journalière d'accompagnement à domicile d'une personne en fin de vie auprès de l'Assurance Maladie, je suis les **4 étapes** ci-dessous.

1 Je remplis les différentes parties du formulaire

- mon identité
- les modalités de l'accompagnement
- l'identité de la personne que j'accompagne
- l'organisme d'Assurance Maladie de la personne que j'accompagne
- la déclaration sur l'honneur

demande d'allocation journalière d'accompagnement à domicile d'une personne en fin de vie
n° 14555*01
AJAP-PRE
(articles L. 168-1* à L. 168-7 du Code de la sécurité sociale)
(article L. 111-6 du Code de la sécurité sociale)
PERSONNE ACCOMPAGNÉE

identification
nom et prénom (noms, s'il y a lieu, de nom d'épouse)
numéro d'immatriculation
date de naissance
adresse

lien avec la personne accompagnée
accidenté descendant frère ou sœur personne de confiance au sens de l'article L. 111-6 du Code de la santé publique
personne partageant le même domicile (compagnon, concubin, PACS...)
situation professionnelle de la personne accompagnée indique votre situation, sans préciser vosheures travail
(vous êtes salarié(e) et vous bénéficiez d'un congé de solidarité familiale *réf. notice 5 "premier à votre demande"*
(vous êtes non salarié(e) et vous avez suspendu ou réduit votre activité professionnelle *réf. notice 5 "premier à votre demande"*
(vous êtes chômeur indemnisé et vous avez cessé toute recherche active d'emploi *réf. notice 5 "premier à votre demande"*
autre situation précisez :
précisez-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 dans la limite de 21, en cas de cessation complète d'activité
indiquez ci-dessous les dates de début et de fin de la période retenue (en cas de période discontinuée), précisez les dates retenues sur papier libre : « à joindre »
date de début : / / date de fin : / /
vous partager l'accompagnement avec une ou plusieurs personnes : oui non
(si vous avez répondu "oui", veuillez joindre une copie de la demande d'allocation formulée par cette(s) personne(s) en précisant sur papier libre ses (leurs) nom(s), prénom(s) et l'administration ainsi que le nombre d'allocations sollicité(s) par chacune.)

identification
nom et prénom (noms, s'il y a lieu, de nom d'épouse)
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
(indiquer, le cas échéant, le n° de votre de paiement ou de la section fiscale mensuelle (pour les salariés) ou le n° de l'organisme conventionnel (pour les non salariés))

déclaration sur l'honneur de la personne accompagnée
Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande et sur les documents joints.
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
adresse
n° structure
(n° de l'AM ou de la CASP)
identifiant
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. Toutefois, ce droit s'applique de façon limitée. Toute déclaration est possible de manière électronique, d'après les modalités indiquées à l'article 113-4 et 113-5 du Code de la sécurité sociale.
L'organisme qui versera l'allocation vérifie l'exactitude des déclarations.
AJAP-PRE S3708

2 Je fais compléter et signer le formulaire par le médecin de la personne que j'accompagne

3 Je joins les pièces justificatives

- Si je suis salarié(e) : une attestation de mon employeur de congé de solidarité familiale
- Si je ne suis pas salarié(e) : une déclaration sur l'honneur précisant que j'ai suspendu ou réduit mon activité professionnelle
- Si je suis chômeur indemnisé : une déclaration sur l'honneur de cessation de recherche active d'emploi

4 J'envoie le formulaire et les pièces justificatives à l'adresse suivante :

CNAJAP
Rue Marcel Brunet
BP 109
23014 Guéret cedex