

Demande d'intervention solidaire - Aidant

CONFIDENTIEL

Ce document est à remplir et à nous retourner dans le cadre d'une demande d'intervention solidaire « Aidant ». Cette démarche concerne les « Aidants » adhérents auprès de Radiance Mutuelle qui s'occupe de manière régulière et continue d'un proche qui nécessite un soutien dans ses activités quotidiennes.

Attestation sur l'honneur en qualité de proche aidant

Je soussigné(e),

N° Adhérent :
Prénom et Nom :
Date de naissance :
Adresse :
Code postal et Ville :
Téléphone :
Courriel :

Atteste sur l'honneur venir en aide de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, à :

Prénom et Nom :
Date de naissance :
Adresse :
Code postal et Ville :
Téléphone :
Courriel :

La personne que j'aide est :

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ Mon parent | ☐ Un ami proche |
| ☐ Mon enfant | ☐ Autres (précisez) : |

Fréquence de l'aide apportée :

- | | |
|--|---|
| ☐ Quotidienne | ☐ Plusieurs fois par semaine |
| ☐ Autres (précisez) : | |

La personne que j'aide est :

- ☐ En situation de handicap ☐ En perte d'autonomie liée à l'âge
- ☐ Bénéficiaire d'une prestation individuelle au titre du handicap ou de la dépendance
Précisez la prestation :

L'aide que j'apporte à mon proche pour accomplir tout ou partie des actes de la vie quotidienne porte notamment sur :

.....

.....

.....

.....

.....

Pièces justificatives à fournir

Nous vous remercions de remplir soigneusement cette **attestation sur l'honneur** et de la retourner accompagnée des pièces justificatives ci-dessous :

- Justificatif de domicile du proche aidé
- Justificatif médical du proche aidé
- Justificatif de l'aide déjà attribuée
 - ☐ APA ☐ AAH ☐ AEEH ☐ AJPP ☐ PCH
 - ☐ Autres (Précisez) :
- La copie de la (des) facture(s) acquittée(s) correspondant à l'objet de votre demande

Les informations demandées dans le présent formulaire sont indispensables à l'étude du dossier. Il est rappelé que les aides sont ponctuelles, facultatives et étudiées au cas par cas. Toute demande donnera lieu à une réponse écrite.

Une seule demande sera recevable par foyer.

☐ Je consens au traitement de mes données de santé par Radiance Mutuelle, dans le cadre de l'évaluation de mon éligibilité à l'accompagnement solidaire « aidant » dont je fais la demande.

Le demandeur certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés qui serviront de base à l'attribution d'une aide financière éventuelle. Fait à le

Signature obligatoire :

A retourner avec l'ensemble des documents demandés :



Radiance Mutuelle

Action sociale et solidaire
55 Allée Albert Sylvestre
73026 Chambéry Cedex

Les informations sont toutes nécessaires pour Radiance Mutuelle, responsable du traitement fondé sur son intérêt légitime aux fins de l'étude de votre demande d'intervention solidaire. En cas de décision de refus, vos données sont conservées pendant 2 ans à compter du dernier contact émanant de votre part. En cas de décision favorable, vos données sont conservées pendant 5 ans à compter de la date du dernier paiement. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.