



# PERTE D'AUTONOMIE

Remplissez et renvoyez ce document avec les justificatifs pour solliciter une aide selon les conditions définies par votre mutuelle.

## BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE ?

Un n° de téléphone unique pour nous joindre :

**09 70 17 70 70**

(appel non surtaxé, du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h30)

### 1 Votre numéro d'adhérent Unéo, Solidarm ou de la Caisse Nationale du Gendarme :

Numéro : .....

#### VOS COORDONNÉES :

M<sup>me</sup>  M. Nom .....

Prénom ..... Né(e) le

Téléphone<sup>(1)</sup> (fixe ou portable)           Courriel<sup>(1)</sup> .....

### 2 Veuillez renseigner ci-dessous votre ou vos demande(s) d'aide(s) et indiquer le(s) bénéficiaire(s) concerné(s) :

① Aide au placement en EHPAD ou en USLD



② Aide au maintien à domicile



③ Soutien financier dans le cadre de l'aide aux aidants



④ Aide à l'aménagement dans le cadre de la perte d'autonomie



⑤ Transport sanitaire



⑥ Soutien financier pour le portage de repas à domicile



NUMÉRO DE L'AIDE SOLLICITÉE	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE

RETROUVEZ L'ENSEMBLE DES CONDITIONS D'ATTRIBUTION ET DES JUSTIFICATIFS À FOURNIR EN ANNEXE(S).

(1) J'accepte l'usage de mon numéro de téléphone et de mon courriel pour la transmission des informations relatives à l'exécution de mon contrat mutualiste.



3

**Souhaitez-vous nous apporter des précisions sur votre demande d'aide ?**

.....

.....

.....

.....

4



Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés dans ce formulaire et déclare avoir pris connaissance des conditions d'attribution de l'aide financière demandée.

Signature obligatoire



Fait à ..... Le .....

Unéo, la CNG et Solidarm ont chacune désigné un interlocuteur à la protection des données personnelles de leurs adhérents. Pour toute information, vous pouvez vous adresser au Délégué à la Protection des Données (DPD) par courrier au 48 rue Barbès 92544 Montrouge Cedex ou par courriel, à [protection.des.donnees@groupe-uneo.fr](mailto:protection.des.donnees@groupe-uneo.fr) (pour Unéo), à [dpd.cng@groupe-uneo.fr](mailto:dpd.cng@groupe-uneo.fr) (pour CNG), à [dpd.solidarm@groupe-uneo.fr](mailto:dpd.solidarm@groupe-uneo.fr) (pour Solidarm). Vous pourrez également exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation, de portabilité, de suppression et définir des directives pour vos données en cas de décès. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Dès votre adhésion à la mutuelle et dans le cadre de votre demande de soutien, cette dernière s'engage à ne collecter auprès de vous que les informations indispensables à la gestion de votre contrat et l'instruction de votre dossier. Elles sont conservées (selon leur type) pendant toute la durée de vie du contrat et pendant la durée légale qui suit son terme. Pour les opérations liées au contrat, vous consentez librement à ce que ces données puissent être partagées entre la mutuelle et ses sous-traitants. Pour être à même de répondre aux obligations légales et de réduire les risques inhérents à son activité, votre mutuelle sera amenée à traiter vos données dans le cadre d'opérations de contrôle et de lutte contre la fraude, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Vous pouvez vous reporter à la documentation contractuelle de votre mutuelle pour disposer de plus d'information sur vos droits et les modalités d'application de la protection de vos données.



**POUR VOUS RÉPONDRE AU PLUS VITE, RENVOYEZ VOTRE DOSSIER DÛMENT COMPLÉTÉ ET ACCOMPAGNÉ DES PIÈCES JUSTIFICATIVES DEMANDÉES :**

@

**Par courriel**

dans la rubrique « Nous contacter » de votre espace personnel accessible depuis nos sites Internet :

[groupe-uneo.fr](http://groupe-uneo.fr)[solidarm.fr](http://solidarm.fr)[caissenationalegendarme.fr](http://caissenationalegendarme.fr)

✉

**Par courrier**

Accompagnement Social Groupe Unéo – TSA 81469 – 53106 Mayenne Cedex

☎

**Vous avez besoin d'aide dans la constitution de votre dossier ?  
Nos conseillers sont là pour répondre à vos questions.**

Un n° de téléphone unique pour nous joindre :

**09 70 17 70 70**

(appel non surtaxé, du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h30)

**COMMENT CONNAÎTRE LA SUITE RÉSERVÉE À VOTRE DEMANDE ?**

**Une fois votre dossier complété, celui-ci sera examiné par les gestionnaires de la mutuelle dont vous sollicitez l'aide.  
La décision vous sera communiquée par courrier ou courriel.**

Unéo, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 503 380 081 - 48 rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex.

Caisse Nationale du Gendarme - Mutuelle de la Gendarmerie (CNG), mutuelle soumise aux dispositions du livre III du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 784 442 873, 48 rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex.

Solidarm - Mutuelle sociale des forces armées, mutuelle soumise aux dispositions du livre III du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 889 767 505. Siège social : 48 rue Barbès, 92544 Montrouge Cedex.









# ANNEXE 1

## CONDITIONS & JUSTIFICATIFS



L'attribution d'une aide financière se fait sur décision de la commission sociale de la mutuelle d'appartenance  
Le respect des conditions d'attribution ne prévaut pas d'un avis favorable.

### AIDES





1 Aide au placement en EHPAD ou en USLD	CONDITIONS COMMUNES	JUSTIFICATIFS COMMUNS
 	<ul style="list-style-type: none"> <li>La personne dépendante doit être adhérente ou ayant droit de la CNG depuis au moins 3 ans ou de Solidarm (sans condition d'ancienneté), et placée en EHPAD ou USLD, temporairement ou définitivement.</li> <li>La demande ne peut être sollicitée qu'une seule fois par année calendaire et par personne dépendante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dernier avis d'imposition ou de non imposition complet du foyer.</li> <li>Bulletin de situation délivré par l'EHPAD ou l'USLD, précisant s'il s'agit d'un placement temporaire ou définitif.</li> <li>Attestation du niveau de GIR délivrée par le médecin coordonnateur de l'EHPAD ou de l'USLD.</li> </ul>
	<p><b>CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La personne dépendante doit être classée en GIR 2 ou en GIR 1.</li> <li>La date limite de dépôt d'une demande de soutien financier pour l'année N est fixée au 31 mars de l'année N+1.</li> </ul>	<p><b>JUSTIFICATIFS COMPLÉMENTAIRES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La ou les facture(s) acquittée(s) de l'établissement, précisant le coût de l'hébergement et le coût de la dépendance.</li> </ul>
	<p><b>CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La personne dépendante doit être classée en GIR 4, 3, 2 ou 1.</li> <li>Cette aide n'est pas cumulable avec une aide de la famille « handicap ».</li> </ul>	
2 Aide au maintien à domicile	CONDITIONS COMMUNES	JUSTIFICATIFS COMMUNS
 	<ul style="list-style-type: none"> <li>La personne dépendante doit être adhérente ou ayant droit de la CNG depuis au moins 3 ans ou de Solidarm (sans condition d'ancienneté).</li> <li>La demande ne peut être sollicitée qu'une seule fois par année calendaire et par personne dépendante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dernier avis d'imposition ou de non imposition complet du foyer.</li> <li>Attestation d'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile délivrée par votre conseil départemental.</li> </ul>
	<p><b>CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La personne dépendante doit être classée en GIR 3 ou en GIR 2 ou en GIR 1.</li> <li>Avoir recours à une auxiliaire de vie et / ou un prestataire d'aide à domicile (emploi direct) et / ou à l'hébergement temporaire.</li> <li>La date limite de dépôt d'une demande de soutien financier pour l'année N est fixée au 31 mars de l'année N+1.</li> </ul>	<p><b>JUSTIFICATIFS COMPLÉMENTAIRES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si recours à une auxiliaire de vie et/ou un prestataire d'aide à la personne : devis ou contrat d'assistance, ou la (les) facture(s) acquittée(s) et/ou attestation annuelle.</li> <li>Si recours à une aide à domicile (emploi direct) : la (les) facture(s) acquittée(s).</li> <li>Si recours à hébergement temporaire : la (les) facture(s) acquittée(s) et/ou attestation annuelle.</li> </ul>
	<p><b>CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La personne dépendante doit :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- être maintenue à son domicile (pas de placement définitif ou temporaire en EHPAD) ;</li> <li>- être classée en GIR 4, 3, 2 ou 1 ;</li> </ul> </li> <li>Cette aide n'est pas cumulable avec une aide de la famille « handicap ».</li> </ul>	

# ANNEXE 1 (suite)

## CONDITIONS & JUSTIFICATIFS

L'attribution d'une aide financière se fait sur décision de la commission sociale de la mutuelle d'appartenance  
Le respect des conditions d'attribution ne prévaut pas d'un avis favorable.

### AIDES



	CONDITIONS	JUSTIFICATIFS
<p><b>3</b></p> <p><b>Soutien financier dans le cadre de l'aide aux aidants</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le demandeur doit être adhérent ou ayant droit de Solidarm.</li> <li>Être aidant familial d'une personne :               <ul style="list-style-type: none"> <li>proche (conjoint, concubin, partenaire d'un pacs, ascendant ou descendant) ;</li> <li>dépendante (GIR 3 à GIR 1) ;</li> <li>aidé : bénéficiaire ou non de Solidarm.</li> </ul> </li> <li>Recourir à une auxiliaire de vie et/ou une aide à domicile et/ou à l'hébergement temporaire.</li> <li>La demande ne peut être formulée qu'une seule fois dans l'année.</li> <li>La demande ne peut être formulée que pour les dépenses effectuées durant l'année calendaire.</li> <li>La date limite de dépôt d'une demande de soutien financier pour l'année N est fixée au 31 mars de l'année N+1.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dernier avis d'imposition ou de non imposition complet de l'aidant.</li> <li>Attestation de classement en GIR 3, 2 ou 1 délivrée par le Conseil Départemental.</li> <li>Justificatif récent de domiciliation de l'aidant.</li> <li>Facture acquittée et/ou attestation annuelle :               <ul style="list-style-type: none"> <li>de la structure d'accueil ou de répit dans le cadre d'un placement temporaire ;</li> <li>de l'auxiliaire de vie ou aide à domicile.</li> </ul> </li> </ul>
	CONDITIONS COMMUNES	JUSTIFICATIFS COMMUNS
<p><b>4</b></p> <p><b>Aide à l'aménagement dans le cadre de la perte d'autonomie</b></p>  	<ul style="list-style-type: none"> <li>La personne dépendante ou un proche doit au préalable prendre attache avec un conseiller CNG ou Solidarm.</li> <li>La personne dépendante doit :               <ul style="list-style-type: none"> <li>être adhérente ou ayant droit de Solidarm ou de la CNG ;</li> <li>motiver sa situation ou son besoin dans l'espace réservé à cet effet dans le formulaire. Cette motivation peut être rédigée par l'adhérent, ou par un élu ou par une assistance sociale ;</li> <li>avoir sollicité les différents organismes de droit commun et/ou militaires (CCAS, ASA... ) susceptibles de lui venir en aide.</li> </ul> </li> <li>Si le bénéficiaire est ressortissant de la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (CNMSS), il doit commencer par formuler une demande de secours médico-social auprès de celle-ci. À l'issue, sa demande sera transmise à sa mutuelle sous réserve qu'il l'ait expressément autorisé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dernier avis d'imposition ou de non imposition complet du foyer.</li> <li>Attestation d'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile délivrée par votre conseil départemental.</li> <li>Devis ou facture(s) acquittée(s) de votre ou vos aménagement(s) liés à votre dépendance.</li> <li>Copie des éventuels remboursements déjà obtenus de la Sécurité sociale et/ou de votre mutuelle.</li> <li>Décision(s) des organismes de droit commun et/ou militaires (CCAS, ASA... ) accordant ou refusant une aide.</li> <li>En annexe, les tableaux à renseigner par vos soins détaillant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>les ressources mensuelles de votre foyer ;</li> <li>les charges mensuelles et crédits de votre foyer.</li> </ul> </li> <li>Justificatifs des ressources, charges et crédits déclarés dans les tableaux en annexe.</li> </ul>
	CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES	
	<p>Cette aide n'est pas cumulable avec une aide de la famille « handicap ».</p>	

# ANNEXE 1 (suite et fin)

## CONDITIONS & JUSTIFICATIFS

L'attribution d'une aide financière se fait sur décision de la commission sociale de la mutuelle d'appartenance  
Le respect des conditions d'attribution ne prévaut pas d'un avis favorable.

### AIDES

	CONDITIONS	JUSTIFICATIFS
<p>5</p> <p>Transport sanitaire</p> 	<ul style="list-style-type: none"><li>Le demandeur doit être adhérent ou ayant droit de Solidarm.</li><li>La demande ne peut être formulée que pour les dépenses effectuées durant l'année calendaire.</li><li>La date limite de dépôt d'une demande de soutien financier pour l'année N est fixée au 31 mars de l'année N+1.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Dernier avis d'imposition ou de non imposition complet du foyer.</li><li>La prescription médicale.</li><li>Facture(s) de transport sanitaire acquittée(s).</li></ul>
<p>6</p> <p>Soutien financier pour le portage de repas à domicile</p> 	<ul style="list-style-type: none"><li>Le demandeur doit être adhérent ou ayant droit de Solidarm.</li><li>Vivre à domicile.</li><li>Être âgé d'au moins 75 ans et classé en GIR 3 à 1.</li><li>Cette aide n'est pas cumulable avec le soutien financier destiné aux personnes en perte d'autonomie et placées en établissement spécialisé.</li><li>La demande ne peut être formulée que pour les dépenses effectuées durant l'année calendaire.</li><li>La date limite de dépôt d'une demande de soutien financier pour l'année N est fixée au 31 mars de l'année N+1.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Dernier avis d'imposition ou de non imposition complet du foyer.</li><li>L'attestation de classement en GIR 3 – 2 – 1 établie par le conseil départemental.</li><li>Devis, facture acquittée et/ou attestation annuelle.</li></ul>

**Conservez cette fiche pratique – Ne pas la joindre à votre dossier.**

Si vous avez déjà joint un ou plusieurs justificatif(s) pendant l'année en cours, il n'est pas nécessaire de le(s) renvoyer.  
En cas de doute, n'hésitez pas à contacter nos conseillers.

Numéro de téléphone unique pour nous joindre :

**09 70 17 70 70**

(appel non surtaxé, du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h30)



## LE BUDGET MENSUEL DU FOYER

Ce document est à compléter uniquement si vous sollicitez l'aide à l'aménagement dans le cadre de la perte d'autonomie <sup>(4)</sup>

## Ressources mensuelles

	Adhérent(e)	Conjoint(e)	Autre
Salaire, solde			
Indemnités journalières			
Pension de retraite militaire			
Pension de retraite civile			
Pension de réversion militaire			
Pension de réversion civile			
Pension d'invalidité			
CAF – Allocations familiales			
CAF – Aide au logement			
CAF – Autre			
Allocations chômage			
Pension alimentaire perçue			
Aides de l'État au profit des personnes handicapées			
Revenus fonciers			
Inaptitude à servir (IAS) versée par Unéo			
Total			



## LE BUDGET MENSUEL DU FOYER



### Charges mensuelles

	Adhérent(e)	Conjoint(e)	Autre
Loyer (charges comprises)			
Crédit accession à la propriété			
Charges de copropriété			
Gaz et électricité			
Assurance habitation			
Assurance auto/moto			
Assurance responsabilité civile			
Mutuelle complémentaire santé			
Pension alimentaire versée			
Téléphone fixe			
Téléphone portable			
Abonnement internet			
Impôts sur le revenu			
Taxe d'habitation			
Taxe foncière			
Autre, à préciser :			
Autre, à préciser :			
Autre, à préciser :			
<b>Total</b>			



## LE BUDGET MENSUEL DU FOYER

### Les autres charges mensuelles

	Adhérent(e)	Conjoint(e)	Autre
Motif du crédit : Montant mensualité : Somme restante à rembourser : Date de fin de remboursement :			
Motif du crédit : Montant mensualité : Somme restante à rembourser : Date de fin de remboursement :			
Motif du crédit : Montant mensualité : Somme restante à rembourser : Date de fin de remboursement :			
Motif du crédit : Montant mensualité : Somme restante à rembourser : Date de fin de remboursement :			
Motif du crédit : Montant mensualité : Somme restante à rembourser : Date de fin de remboursement :			
<b>Total</b>			