AIN 01 le Département

Pages 2 et 3 à remplir uniquement en cas d'intervention :
- d'un aidant familial
- d'une auxiliaire de vie d'un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)
- d'un emploi direct

Consultez vos droits et obligations sur www.ain.fr/pch

Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

Demande de mise en paiement

Bénéficiaire

NOM et Prénom

Date de naissance (format : jj/mm/aaaa)

Email

Téléphone

Adresse complète actuelle

Date d'arrivée à l'adresse actuelle (format : jj/mm/aaaa)

Adresse précédente

Date d'arrivée (format : jj/mm/aaaa) - Date de départ (format : jj/mm/aaaa)

Représentant légal / Autorité parentale

Si le bénéficiaire a moins de 18 ans ou est sous tutelle, curatelle, habilitation familiale

NOM et Prénom

☐ Mère ☐ Père ☐ Personne désignée par le juge aux affaires familiales

Personne qui perçoit l'Allocation Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH)

Si le bénéficiaire a moins de 20 ans

NOM et Prénom

Adresse complète

Date de naissance

N° Allocataire CAF ou MSA

☐ CAF ☐ MSA

Hospitalisation ou hébergement en établissement

Au cours des 12 derniers mois, le bénéficiaire a été hospitalisé (y compris à domicile) ou a été hébergé en établissement pour personnes handicapées ou personnes âgées.

☐ Oui, joindre les copies des bulletins d'entrée/sortie hospitalisation

☐ Non

Séjour à étranger

Au cours des 12 derniers mois, le bénéficiaire a fait au moins 1 séjour à l'étranger supérieur à 3 mois :

☐ Oui, préciser la date de début du séjour : Date de départ :

☐ Non

Pension d'invalidité

Le bénéficiaire perçoit une pension d'invalidité catégorie 3 Majoration Tierce Personne (MTP) ou la Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PCRTP) de l'assurance maladie :

☐ Oui, joindre la copie de la décision de pension ou rente de la caisse d'assurance maladie ou de retraite

☐ Non

Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP) / Allocation Journalière du Proche Aidant (AJPA)

Le bénéficiaire perçoit l'AJPP ou l'AJPA

☐ Oui, joindre l'attestation de versement

☐ Non

Vous bénéficiez de la PCH Aide Humaine en établissement avec retour à domicile ?

-Votre établissement d'accueil complète votre fiche de retour à domicile et la transmet chaque mois au Service prestation à l'adresse mail suivante : pch@ain.fr

Chaque mois, pensez à transmettre :

- les justificatifs des heures effectuées par le salarié en emploi direct ou par un service d'aide (sauf si c'est le Département de l'Ain qui règle)
- Les états des entrées/sorties d'hospitalisation.

Demande de financement de l'aide humaine

Remplissez cette partie en cas d'intervention d'un aidant familial ou d'une auxiliaire de vie

☐ Dédommagement de l'aidant familial

- L'aidant familial peut être votre conjoint (ou concubin ou pacsé), vos parents, vos grands-parents, vos enfants, vos collatéraux jusqu'au 4ème degré ou ceux de votre conjoint.
- L'aidant familial peut exercer une activité professionnelle.
- L'aidant familial perçoit un dédommagement.
- Son dédommagement n'est pas un salaire et n'entraîne pas de cotisations sociales ou de droits sociaux.
- Le montant du dédommagement est versé à la personne en situation de handicap qui doit le reverser à l'aidant désigné.

Ne pas cocher si l'aidant perçoit une pension de retraite

NOM Prénom	Date de naissance (format : jj/mm/aaaa)	Lien de parenté	Situation professionnelle : Sans activité professionnelle	Situation professionnelle : Activité à temps partielle	Signature de l'Aidant
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	

Fournir la copie du contrat de travail de l'aidant familial à temps partiel

☐ Financement de la rémunération d'un salarié en emploi direct

- Vous êtes l'employeur de votre auxiliaire de vie et vous assumez donc la gestion du contrat de travail et les différentes déclarations.
- **Vous effectuez votre déclaration auprès du Centre national du chèque-emploi service universel (CNCESU)**
  Adresse : 3 avenue Emile Loubet – 42961 Saint-Etienne cedex 9
  tél : 0 820 00 23 78
  site internet : www.cesu.urssaf.fr
- Vous pouvez bénéficier de certaines exonérations de charges patronales - **renseignez-vous auprès du CNCESU**

NOM Prénom	Date de naissance (format : jj/mm/aaaa)	Date de début de contrat (format : jj/mm/aaaa)	Signature de l'Aidant

Demande de financement de l'aide humaine - suite

Remplissez cette partie en cas d'intervention d'un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)

☐ Financement de la rémunération d'un SAAD

Type de contrat : à remplir obligatoirement

NOM du SAAD	Date de début de contrat (format : jj/mm/aaaa)	Type de contrat	
		Mandataire	Prestataire
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Consultez la liste des SAAD de l'Ain sur www.ain.fr
rubrique Senior > Faire appel à un service d'aide à domicile

Fait à _____ le _____
Date

Signature : _____
Bénéficiaire ou de son Représentant légal

Le demandeur s'engage sur l'exactitude des données fournies, toute fraude ou fausse déclaration pourra entraîner des poursuites judiciaires en application des Articles 441-6 et 441-7 du code pénal.
En soumettant cette demande, le demandeur accepte que les informations saisies soient utilisées pour le traitement de sa demande d'aide. La durée de conservation des données traitées est fixée à 3 ans. En vertu du droit applicable en matière de protection des données personnelles, les personnes concernées disposentd'un droit d'accès aux données les concernant afin, le cas échéant, de les faire rectifier, effacer ou d'en limiter l'utilisation. Pour exercer ces droits, les personnes concernées doivent saisir par écrit le Délégué à la protection des données du Département de l'Ain :
- Par voie électronique à l'adresse : dpo@ain.fr - Par voie postale : Monsieur le Délégué à la protection des données, 10, rue du Pavé d'Amour, 01 000 BOURG EN BRESSE Si elles estiment que ce traitement porte atteinte à leurs droits, elles peuvent introduire une réclamation auprès de la Commission nationale à l'informatique et aux libertés

[Sans délais] Signaler tout changement :

- d'adresse (déménagement, hospitalisation).
- de compte bancaire.
- d'aide humaine (SAAD, emploi direct).
- de reprise d'emploi ou augmentation du temps de travail
- de départ à la retraite

Consultez vos droits et obligations sur www.ain.fr/pch

Envoyez le formulaire et les documents obligatoires :

Par courrier :
Département de l'Ain - Direction de l'Autonomie - Service Prestations
13 avenue de la Victoire BP 50415 Bourg-en-Bresse Cedex

Par Email : pch@ain.fr

Liste des documents obligatoires à transmettre avec le formulaire

Pour toute demande

- ☐ Dernier avis d'imposition auquel est rattaché le bénéficiaire
- ☐ Relevé d'identité bancaire ou postal (- 20 ans : compte au nom du/des parents- représentant légal qui perçoit l'Allocation)
- ☐ Bulletins d'entrée/sortie hospitalisation

Pour une demande avec financement de l'aide humaine

- ☐ Attestation de la Majoration pour Tierce Personne (MTP) ou Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PCRTP)
- ☐ Attestation du versement de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP)
- ☐ Contrat de travail de l'aidant familial à temps partiel
- ☐ Contrats emploi direct et/ou SAAD
- ☐ Pièce d'identité de chacun des aidants familiaux désignés.
- ☐ Factures d'un SAAD
- ☐ Bulletins de salaire emploi direct

Pour une demande hors aide humaine

- ☐ Factures acquittées des frais mensuels au nom du bénéficiaire ou du/des parents : surcoût des transports, charges spécifiques, aides techniques, charges exceptionnelles, etc.

Fait à _____ le _____
Date

Signature : _____
Bénéficiaire ou de son Représentant légal

Le demandeur s'engage sur l'exactitude des données fournies, toute fraude ou fausse déclaration pourra entraîner des poursuites judiciaires en application des Articles 441-6 et 441-7 du code pénal.
En soumettant cette demande, le demandeur accepte que les informations saisies soient utilisées pour le traitement de sa demande d'aide. La durée de conservation des données traitées est fixée à 3 ans. En vertu du droit applicable en matière de protection des données personnelles, les personnes concernées disposentd'un droit d'accès aux données les concernant afin, le cas échéant, de les faire rectifier, effacer ou d'en limiter l'utilisation. Pour exercer ces droits, les personnes concernées doivent saisir par écrit le Délégué à la protection des données du Département de l'Ain :
- Par voie électronique à l'adresse : dpo@ain.fr - Par voie postale : Monsieur le Délégué à la protection des données, 10, rue du Pavé d'Amour, 01 000 BOURG EN BRESSE Si elles estiment que ce traitement porte atteinte à leurs droits, elles peuvent introduire une réclamation auprès de la Commission nationale à l'informatique et aux libertés