



## PORTAGE DE REPAS

ESSS09364

Caisse d'affiliation : MSA

(A remplir par l'ASS SASPA, si différente de la caisse de résidence)

### Conditions d'attribution générales :

- Etre bénéficiaire du SASPA
- Bénéficier de l'allocation supplémentaire (ex. Fonds national de solidarité)
- Ne pas avoir la qualité de veuve de guerre (aides accordées par l'Office Départemental des anciens combattants)
- Ne pas avoir de dettes envers le SASPA
- Disposer de capitaux mobiliers inférieurs à **5 000 € (total du solde de tous les comptes bancaires, livrets et placements divers)**
- Présenter un niveau d'autonomie **GIR 5 ou 6** et des possibilités limitées pour accomplir les tâches ménagères
- Ne pas bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Ce document doit être dûment complété et retourné **avec tous les justificatifs demandés** :

**Par courrier :** Site de numérisation SASPA  
15 avenue Paul Doumer  
54507 Vandoeuvre-lès-Nancy cedex

**OU**

**Par votre Espace privé sur le site internet MSA :**

**Rubriques :** Contacts & échanges / Envoyer un document  
*Indiquez dans votre message : « Demande d'aide ASS SASPA »*

|           |                                                                                                                                        |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DEMANDEUR | Numéro de sécurité sociale :                                 (Numéro sur la carte vitale)                                              |
|           | Nom : _____                                                                                                                            |
|           | Prénoms : _____                                                                                                                        |
|           | Adresse : _____                                                                                                                        |
|           | Code Postal :             Ville : _____                                                                                                |
|           | Téléphone :                                                                                                                            |
|           | Situation familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Veuf(ve)        |
| CONJOINT  | Numéro de sécurité sociale :                                 (Numéro sur la carte vitale)                                              |
|           | Le conjoint est : <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Allocataire du SASPA |

|                                                                                                                                                                      |                                                                                               |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| AIDE<br>SOLLICITÉE                                                                                                                                                   | Les réponses aux questions suivantes permettent d'identifier votre niveau d'autonomie (GIR) : |                                                           |
|                                                                                                                                                                      | Pouvez-vous vous lever seul (même avec difficulté) ?                                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|                                                                                                                                                                      | Pouvez-vous manger seul (même avec difficulté) ?                                              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|                                                                                                                                                                      | Pouvez-vous faire votre toilette seul (même avec difficulté) ?                                | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|                                                                                                                                                                      | Pouvez-vous vous habiller seul (même avec difficulté) ?                                       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Je sollicite une aide d'un montant de 300 € pour l'année</b><br>(Le montant accordé est attribué dans la limite d'un reste à charge 20% du montant de la facture) |                                                                                               |                                                           |

La MSA vérifie l'exactitude des déclarations (Article L.114-9 du Code de la Sécurité Sociale – Article L.851-2 du Code de la Construction et de l'Habitation). La loi punit quiconque se rend coupable de fraude, de fausse déclaration, de manquement aux obligations déclaratives, d'inexactitude ou de caractère incomplet des informations recueillies (Article L.583-3 du Code de la Sécurité Sociale – Article L.852-1 du Code de la Construction et de l'Habitation – sans préjudice des sanctions pénales encourues).

Pour l'étude et la gestion de vos droits, vos données personnelles sont traitées par la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole – 19, rue de PARIS 93000 Bobigny, qui a désigné un Délégué à la Protection des Données. Au titre du Règlement Général européen sur la Protection des Données (RGPD) et de la Loi Informatique et Libertés (LIL) modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de suite aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au directeur de votre caisse de MSA de rattachement, par courrier postal signé accompagné d'une pièce d'identité signée.

Si la réponse apportée ne vous paraît pas satisfaisante, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Certaines de vos informations peuvent être transmises à nos partenaires, dans le cadre de nos missions. Vos informations sont conservées au maximum pendant 6 ans après la fin de votre relation avec la branche Famille ou jusqu'à l'intervention d'une décision définitive en cas de contentieux ou encore au titre des obligations qui pèsent sur le directeur comptable et financier de la CCMSA. Toute décision administrative individuelle automatisée ou profilage est effectuée dans le respect de l'article L.311-3-1 et du chapitre 1er du titre 1er du livre IV du code des relations entre le public et l'administration. Ultérieurement, vos données pourront être utilisées à des fins d'évaluation de politiques publiques, de lutte contre le non recours au droit, de statistiques, recherches et études.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du demandeur

|                                                                                |                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| JUSTIFICATIFS<br>Toutes les pièces<br>doivent être fournies<br>obligatoirement | Facture de l'année d'un prestataire de portage de repas agréé                                                                                                                       |
|                                                                                | Déclaration de ressources complétée et signée (Avis d'imposition non accepté)<br><b>[//] indiquez les montants présents sur les comptes bancaires livrets et placements divers]</b> |

**Caisse d'affiliation : MSA**

(A remplir par l'ASS SASPA, si différente de la caisse de résidence)

## Montants présents sur les comptes bancaires, épargne et placements

(Avis d'imposition, avis de paiement CAF ou avis de paiement MSA non acceptés)

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DEMANDEUR</b> | <b>Numéro de sécurité sociale :</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Numéro sur la carte vitale) |
|                  | Nom : <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                  | Prénoms : <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                  | Adresse : <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                  | Code Postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ville : <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

Merci d'indiquer dans le tableau ci-dessous, le **MONTANT** présent sur chacun de vos comptes bancaires (en positif ou en négatif), livrets et placements au moment de la demande.

**ATTENTION : le Montant " 0 € " ne sera pas accepté.**

|                                                     | Montant en euros sur vos comptes, épargne et placements |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Compte courant                                      | €                                                       |
| Livret A                                            | €                                                       |
| Livret B                                            | €                                                       |
| Compte épargne sur livret                           | €                                                       |
| Livret d'Epargne Populaire (LEP)                    | €                                                       |
| Livret de Développement Durable et Solidaire (LDDS) | €                                                       |
| Obligations - Actions                               | €                                                       |
| Plan Epargne en Action (PEA)                        | €                                                       |
| Plan Epargne Logement (PEL)                         | €                                                       |
| Compte Epargne Logement (CEL)                       | €                                                       |
| Comptes à terme (CAT)                               | €                                                       |
| Autres (assurance-vie, etc.)                        | €                                                       |

Fait à :  Le :  /  /

Signature du demandeur

La MSA vérifie l'exactitude des déclarations (Article L.114-9 du Code de la Sécurité Sociale – Article L.851-2 du Code de la Construction et de l'Habitation). La loi punit quiconque se rend coupable de fraude, de fausse déclaration, de manquement aux obligations déclaratives, d'inexactitude ou de caractère incomplet des informations recueillies (Article L.583-3 du Code de la Sécurité Sociale – Article L.852-1 du Code de la Construction et de l'Habitation – sans préjudice des sanctions pénales encourues).

Pour l'étude et la gestion de vos droits, vos données personnelles sont traitées par la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole – 19, rue de PARIS 93000 Bobigny, qui a désigné un Délégué à la Protection des Données. Au titre du Règlement Général européen sur la Protection des Données (RGPD) et de la Loi Informatique et Libertés (LIL) modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de suite aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au directeur de votre caisse de MSA de rattachement, par courrier postal signé accompagné d'une pièce d'identité signée.

Si la réponse apportée ne vous paraît pas satisfaisante, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Certaines de vos informations peuvent être transmises à nos partenaires, dans le cadre de nos missions. Vos informations sont conservées au maximum pendant 6 ans après la fin de votre relation avec la branche Famille ou jusqu'à l'intervention d'une décision définitive en cas de contentieux ou encore au titre des obligations qui pèsent sur le directeur comptable et financier de la CCMSA. Toute décision administrative individuelle automatisée ou profilage est effectuée dans le respect de l'article L.311-3-1 et du chapitre 1er du titre 1er du livre IV du code des relations entre le public et l'administration. Ultérieurement, vos données pourront être utilisées à des fins d'évaluation de politiques publiques, de lutte contre le non recours au droit, de statistiques, recherches et études.