

**Certificat médical
Demande d'AIDE MENAGERE**

A compléter par le médecin traitant

Je soussigné(e) : _____, docteur en
médecine, certifie que l'état de santé de :

Nom – Prénom : _____

Nécessite la présence d'une aide ménagère à domicile

A raison de : _____ heures par mois

(Maximum : **12h par mois pour une durée maximale de 6 mois**)

Du _____ au _____

Fait à : _____, le _____

Signature et cachet obligatoire



**ATTESTATION SUR L'HONNEUR
de situation pour une demande
d'AIDE MENAGERE
A compter du 1^e janvier 2.....**

A remplir par le bénéficiaire

Je soussigné(e), nom – prénom : _____

- atteste sur l'honneur n'avoir perçu jusqu'à ce jour aucune des prestations citées (1) : APA, MTP, PSD, ACTP, PCH et m'engage à prévenir la CMCAS de toutes les démarches ultérieures que je pourrai effectuer pour obtenir cette aide

Veillez nous informer de tout changement intervenu dans votre situation familiale et/ou financière.

Fait à _____, le _____

Signature

(1) APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie – MTP : Majoration Tierce Personne – PSD : Prestation Semi Dépendance – ACTP : Allocation Compensatrice Tierce Personne – PCH : Prestation de Compensation du Handicap