

Renouvellement administratif 2026

Date limite de retour : 30 novembre 2025



santé
famille
retraite
services

1. Renseignements relatifs au bénéficiaire de l'aide à l'autonomie :

Votre N° de sécurité sociale (obligatoire)

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénoms

Date de naissance

Régime d'Assurance maladie MSA CPAM autre, à préciser

Votre situation familiale : Célibataire Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)
 Marié(e) Pacsé(e) En concubinage

Votre adresse

N° Nom de la voie

Code postal Commune

Vos coordonnées

E-mail

Téléphone domicile

Téléphone portable

Nom d'une personne proche à contacter

Téléphone de la personne proche à contacter

2. Renseignement relatif à votre conjoint

N° de sécurité sociale (obligatoire)

Nom d'usage

Nom de naissance :

Prénoms :

Date de naissance :

Date de décès (*) :

Régime d'Assurance maladie : MSA CPAM autre, à préciser

3. Autres personnes vivant au sein de votre foyer :

NOM Prénom	Date de naissance	Lien avec le bénéficiaire	Profession ou situation socio-économique

4. Percevez-vous l'une de ces aides (vous et/ou votre conjoint) ?

	Bénéficiaire		Conjoint(e)	
➤ L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ? Si oui préciser la date d'attribution :	Oui	Non	Oui	Non
➤ Une prise en charge d'aide à domicile autre que la MSA ? Si oui, préciser par quel organisme :	Oui	Non	Oui	Non

5. Percevez-vous des revenus non imposables (vous et/ou votre conjoint) ?

	Bénéficiaire		Conjoint(e)	
➤ L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ?	Oui	Non	Oui	Non
➤ L'allocation de reconnaissance du combattant ? Si oui, préciser le montant annuel :	Oui	Non	Oui	Non
➤ Une rente accident du travail ?	Oui	Non	Oui	Non
➤ Autres : Si oui, préciser le montant annuel :	Oui	Non	Oui	Non

6. Pièces justificatives

Veillez nous transmettre ce dossier **complété et signé accompagné de la copie recto/verso de votre avis d'imposition 2025, ou de non-imposition** -portant sur les revenus de l'année 2024-.

(*) *Si votre conjoint(e) est décédé(e) au cours de l'année 2024, veuillez nous adresser vos deux avis d'imposition : celui couvrant la période où vous viviez en couple et celui couvrant la période où vous étiez veuf(ve).*

7. Attestation et engagement du demandeur

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage :

- à signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint
- à faire connaître toutes les modifications de ma situation au regard des prestations que je pourrai percevoir : APA, ACTP, PCH, MTP....
- à régler à la Caisse de MSA les sommes éventuellement versées à tort,
- à faciliter et accepter toute enquête et/ou contrôle sur les éléments portés sur cette demande.

J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à une structure d'aide à domicile conventionnée avec la MSA pour permettre l'instruction de ma demande.

Fait à

Le

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. 377-1 du code de la sécurité sociale, arts.313-1, 313-3,433-19,441-1 et 441-7 du code pénal).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses

MSA Alpes Vaucluse
Service d'Action Sanitaire et Sociale
1 Place des Maraîchers – CS 60505
84056 AVIGNON CEDEX 9
aadpv.bif@alpesvaucluse.msa.fr
04 90 13 60 98