

CESU AIDE A DOMICILE
*en faveur des agents de l'État, ressortissants de la
SRIAS des Pays de la Loire,
en situation de perte d'autonomie temporaire*



<https://srias-paysdelaloire.fr>

Conditions cumulatives à vérifier avant de faire la demande de CESU (chèque emploi service universel) :

- Être agent de la fonction publique d'État en activité
- Avoir une situation de perte d'autonomie temporaire
- Avoir sa résidence principale dans la région des Pays de la Loire
- Ne pas avoir déjà bénéficié du dispositif des CESU proposé par la SRIAS des Pays de la Loire
- Ne pas avoir déjà bénéficié d'une aide de son administration dans le cadre de sa perte d'autonomie
- Ne pas avoir déjà bénéficié d'une prise en charge de sa mutuelle dans le cadre de sa perte d'autonomie

Informations concernant la demande :

→ La prise en charge de la demande se fera uniquement si le formulaire de demande est validé par le service social ou le service gestionnaire (selon les modalités retenues par chaque organisation)

→ Le nombre maximal est de 10 CESU d'une valeur de 25€.

→ Ce dispositif est une aide exceptionnelle qui ne peut pas être reconduite individuellement, elle est proposée sous réserve des crédits disponibles.

Renseignements concernant le bénéficiaire :

NOM :	Prénom :	
Date de naissance :	Nombre de personnes vivant au sein du foyer :	Nombre d'enfants - 16 ans :
Adresse :		
CP :	Ville :	
Administration :	Service :	
Code ministère (*)	Département affectation :	
<input type="checkbox"/> Titulaire	<input type="checkbox"/> Contractuel (date de fin ____/____/____)	

(*) Code MIN indiqué sur le bulletin de salaire à joindre à la demande

Avez-vous déjà fait une demande de CESU auprès de la SRIAS des Pays de la Loire ?

- Oui, le ____/____/____
 Non

Avez-vous déjà bénéficié du dispositif des CESU de la SRIAS des Pays de la Loire ?

- Oui, le ____/____/____
 Non

Motif de la demande :

- Arrêt maladie (minimum 5 semaines) avec une perte d'autonomie temporaire pour accomplir seul(e) les actes du quotidien**

Arrêt maladie du ____/____/____ au ____/____/____

Merci de joindre votre certificat médical précisant la perte d'autonomie

- Congé pathologique prénatal et/ou postnatal avec une perte d'autonomie temporaire pour accomplir seule les actes du quotidien**

Congé pathologique du ____/____/____ au ____/____/____

Merci de joindre votre certificat médical précisant la perte d'autonomie

- Situation particulière présentée par l'assistant du service social de l'administration, le travailleur social de secteur ou l'assistant social hospitalier**

- *Problème de garde d'enfants de plus de 6 ans suite à des contraintes professionnelles ou familiales (dans le cas où l'administration ne prévoit aucune aide)*
- *Décès ou hospitalisation du conjoint*
- *Conjoint en perte d'autonomie temporaire*
- *Autre*

Présentation de la situation particulière par le service social :

Avez-vous bénéficié d'une aide de votre administration concernant votre perte d'autonomie temporaire ?

- Oui
- Non

Avez-vous bénéficié d'une prise en charge de votre mutuelle concernant votre perte d'autonomie temporaire ?

- Oui
- Non

En cochant cette case, j'ai pris connaissance que ce dispositif ne m'est accordé qu'une seule fois

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements apportés et m'engage à utiliser personnellement les CESU qui me seront remis dans le cadre de l'aide à domicile proposée par la SRIAS des Pays de la Loire.

Fait le ____/____/____ à

Signature :

Cadre réservé à l'administration :	
<input type="checkbox"/> Signature du service social	<input type="checkbox"/> Signature du service gestionnaire
Avis favorable : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres informations :	
Nombre CESU :	Cachet et signature