



Aide au conjoint d'une personne en perte d'autonomie

Demande de prestation exceptionnelle

RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER ⁽¹⁾

| | Adhérent | Conjoint |
|--|---|---|
| Pension de retraite | € | € |
| Pension d'invalidité | € | € |
| Solde ou Salaire | € | € |
| Revenus mobiliers | € | € |
| Revenus immobiliers | € | € |
| Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) | € | € |
| Autres | € | € |
| | Total des ressources de l'adhérent A | Total des ressources du conjoint B |

TOTAL DES RESSOURCES : (A) + (B) = _____ €

DÉPENSES MENSUELLES DU FOYER ⁽¹⁾

| | |
|---------------------------|----------|
| Loyer | € |
| Taxe d'habitation | € |
| Taxe foncière | € |
| Assurances | € |
| Impôt sur le revenu (2) | € |
| Mutuelle Unéo | € |
| Autres frais (à préciser) | € |
| TOTAL DES DÉPENSES | € |



▼ MOTIF DE LA DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

La personne classée en GIR 1 ou 2 est à DOMICILE ○

Frais engagés

Nature des frais engagés (aide à domicile, auxiliaire de vie, changes, frais d'hygiène, produits pharmaceutiques non remboursables...):

Montant mensuel des frais engagés (tout montant déclaré doit être justifié) : | _____ | €

Montant mensuel de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : | _____ | €

Autres aides (organismes et montants) : | _____ | €

OU

La personne classée en GIR 1 ou 2 est en ÉTABLISSEMENT ○

Frais engagés

Montant mensuel des frais engagés au titre de l'hébergement dans l'établissement : | _____ | €

Montant mensuel de l'Allocation personnalisée d'Autonomie (APA) : | _____ | €

▼ INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES ÉVENTUELLES

Lieu : | _____ | Date : | ____ | ____ | ____ |

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document.

Signature **(obligatoire)** :

Signature de l'adhérent(e) précédée du nom et du prénom

▼ CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE



