



## J'accompagne à domicile un proche en fin de vie

Pour demander l'allocation journalière d'accompagnement à domicile d'une personne en fin de vie auprès de l'Assurance Maladie, je suis les **4 étapes** ci-dessous.

### 1 Je remplis les différentes parties du formulaire

- mon identité
- les modalités de l'accompagnement
- l'identité de la personne que j'accompagne
- l'organisme d'Assurance Maladie de la personne que j'accompagne
- la déclaration sur l'honneur

**demande d'allocation journalière d'accompagnement à domicile d'une personne en fin de vie**

n° 14555\*01  
AJAP-PMO  
articles L. 168-1<sup>er</sup> à L. 168-7 du Code de la sécurité sociale  
article L. 1111-6 du Code de la santé publique  
date de réception

**IDENTIFICATION**  
nom et prénom (seins, s'il y a lieu, du nom d'épouse)  
numéro d'immatriculation  
date de naissance  
adresse

**lien avec la personne accompagnée**  
ascendant  descendant  frère ou sœur  personne de confiance au sens de l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique   
personne partageant le même domicile (conjoint, concubin, P.A.C.S.)

**situation professionnelle de la personne accompagnée** (selon votre situation, vous pouvez cocher plusieurs cases)  
vous êtes salarié(e) et vous bénéficiez d'un congé de solidarité familiale  (cf. notice à joindre à votre demande)   
vous êtes non salarié(e) et vous avez suspendu ou réduit votre activité professionnelle  (cf. notice à joindre à votre demande)   
vous êtes chômeur indemnisé et vous avez cessé toute recherche active d'emploi  (cf. notice à joindre à votre demande)   
autre situation  précisez : \_\_\_\_\_  
percevez-vous le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ou l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) ? oui  non

**modalités de l'accompagnement**  
nombre d'allocations journalières demandées (dans la limite de 21, en cas de cessation complète d'activité) / dans la limite de 21, en cas de réduction d'activité  
indiquez ci-dessous les dates de début et de fin de la période retenue (en cas de périodes discontinues), précisez les dates retenues sur papier libre - à joindre - / date de début : \_\_\_\_\_ / date de fin : \_\_\_\_\_  
vous partagez l'accompagnement avec une ou plusieurs personnes : oui  non   
(si vous avez répondu "oui", veuillez joindre une copie de la demande d'allocation formulée par chacune(s) personne(s) ou précisez sur papier libre ses (leurs) nom(s), prénom(s), n° d'immatriculation ainsi que le nombre d'allocations sollicité(s) par chacun(s).)

**IDENTIFICATION**  
nom et prénom (seins, s'il y a lieu, du nom d'épouse)  
numéro d'immatriculation  
date de naissance  
adresse où aura lieu l'accompagnement si celle-ci est différente de celle du domicile de la personne accompagnée

**organisme de rattachement**  
nom et adresse de l'organisme chargé du remboursement des frais de santé de la personne accompagnée  
(indiquez, le cas échéant, le n° de votre de paiement ou de la section locale rattachée (pour les salariés) ou le n° de l'organisme conventionnel (pour les non salariés))

**déclaration sur l'honneur de la personne accompagnée**  
Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande et sur le(s) document(s) joint(s).  
Je m'engage à signaler immédiatement tout changement dans la situation de la personne accompagnée, dans ma situation, ou dans les modalités de l'accompagnement pendant la période de versement de l'allocation.  
Fait à : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_  
Signature du demandeur : \_\_\_\_\_

**attestation à faire compléter par le médecin de la personne accompagnée**  
nom et prénom du médecin  
situation sociale  
adresse  
n° structure  
n° (Région ou autre) \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) certifie que l'état de santé de M., Mme, Mlle (nom et prénom) :  
entre dans le cadre de l'article L. 168-1<sup>er</sup> du Code de la sécurité sociale.  
Fait à : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_  
Signature du médecin : \_\_\_\_\_

\* L'article L. 168-1 précise qu'il s'agit de l'accompagnement à domicile d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable quelle qu'en soit la cause.  
La loi n° 10 du 10 janvier 1975 (démocratie relative à l'accompagnement, aux funérailles et aux lieux d'apogée) permet d'obtenir un droit d'accès et de financement pour l'accompagnement de la personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable.  
L'organisme qui verse l'allocation vérifiera l'exactitude des déclarations. AJAP-PRE: S3708

### 2 Je fais compléter et signer le formulaire par le médecin de la personne que j'accompagne

### 3 Je joins les pièces justificatives

- Si je suis salarié(e) : une attestation de mon employeur de congé de solidarité familiale
- Si je ne suis pas salarié(e) : une déclaration sur l'honneur précisant que j'ai suspendu ou réduit mon activité professionnelle
- Si je suis chômeur indemnisé : une déclaration sur l'honneur de cessation de recherche active d'emploi

### 4 J'envoie le formulaire et les pièces justificatives à l'adresse suivante :

**CNAJAP**  
Rue Marcel Brunet  
BP 109  
23014 Guéret cedex