

# DOSSIER DÉCLARATIF

## FEUILLET 4 – AIDANT FAMILIAL

### PCH ADULTE OU ENFANT

#### À COMPLÉTER ET À SIGNER PAR L'AIDANT FAMILIAL DÉSIGNÉ

Je soussigné(e),

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à .....

Domicilié(e) à .....

atteste sur l'honneur être aidant familial depuis le ..... de :

**M.** .....

**Mme** .....

**ou de l'enfant** .....

bénéficiaire de la PCH, et à raison de ..... h/mois

#### MENTION OBLIGATOIRE :

**Lien de parenté** (frère, sœur, père, mère, époux/-se...) .....

#### SI VOUS ÊTES CONCERNÉS, MERCI DE COCHER LES CASES CORRESPONDANT À VOTRE SITUATION ET COMPLÉTER :

j'ai cessé ou renoncé totalement ou partiellement à une activité professionnelle depuis le ..... pour assurer cette aide familiale (\*)

je suis également aidant familial d'un autre bénéficiaire de la PCH soit (Nom- Prénom) : ..... pour ..... h / mois

Je ne perçois ni retraite, ni indemnité chômage.

(\*) Pour demander un dédommagement à taux majoré, merci de **joindre une attestation employeur ou tout autre document prouvant la renonciation totale ou partielle à une activité professionnelle** afin d'apporter une aide à la personne en situation de handicap

#### **i** ATTENTION

Le nombre d'heures par aidant familial est plafonné. En application de l'arrêté du 28 décembre 2005, le dédommagement mensuel de chaque aidant familial ne peut dépasser 85 % du SMIC mensuel net, calculé sur la base de 35 heures par semaine, applicable aux emplois familiaux. Ce montant peut être majoré de 20 % selon les modalités définies dans ce même arrêté.

 **À SAVOIR**

En cas d'hospitalisation dans un établissement de santé ou d'hébergement dans un établissement social ou médico-social le montant de l'aide humaine est réduit à 10 % au-delà de 45 jours consécutifs ou de 60 jours lorsque la personne handicapée est dans l'obligation de licencier de ce fait son ou ses aides à domicile. La situation doit être signalée au **service du budget social** du Département.

FAIT à ....., le .....

Signature de l'aidant familial,

**À COMPLÉTER ET À SIGNER PAR LE BÉNÉFICIAIRE DE LA PCH  
OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL**

Je soussigné(e),

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à .....

Domicilié(e) à .....

atteste sur l'honneur avoir pris connaissance des éléments ci-dessus attestés et de la notice explicative du dossier déclaratif.

FAIT à ....., le .....

Signature du bénéficiaire de la prestation  
ou de son représentant légal,

**Imprimé à adresser** : par voie postale à conseil départemental - Maison départementale de l'autonomie  
50050 SAINT-LÔ Cedex ou par mail à mda@manche.f