



### 3 - INFORMATIONS RELATIVES A LA TELEASSISTANCE

• FOURNISSEUR DE LA TELEASSISTANCE

• AUTRES AIDES OBTENUES et NOM des ORGANISMES (assurance privée, mutuelle, caisse de retraite complémentaire, Conseil Départemental)

Nom de la société de Téléassistance (conventionnée avec la MSA) :

.....

1).....

2).....

3).....

#### 4- CETTE DEMANDE EST A NOUS RENVOYER AVEC LES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES AU PLUS TARD LE 31/12/2023 :

SOIT PAR COURRIER : MSA PROVENCE AZUR – SERVICE ACTION SOCIALE – CS 70001 – 13416 MARSEILLE CEDEX 20

SOIT PAR INTERNET : PROVENCEAZUR.MSA.FR/MON ESPACE PRIVE/CONTACT & ECHANGES/TRANSMETTRE MES DOCUMENTS

→ dernier avis d'imposition des membres du foyer (adhérent ainsi que son conjoint ou partenaire de PACS ou concubin, quel que soit le type d'union) ; En cas de changement récent de situation, les justificatifs de ressources de l'ensemble des membres du foyer (derniers bulletins de salaire, dernières attestations Pôle Emploi ou justificatifs des retraites).

→ l'accusé de réception de la demande d'APA et/ou de toute autre demande d'aide du Conseil Départemental, si une demande est en cours OU un justificatif de perception de pension d'invalidité, d'une rente AT ou AHH versée par la MSA.

→ les justificatifs des aides financières obtenues pour la téléassistance (assurance privée, mutuelle, caisse de retraite complémentaire, Conseil Départemental).

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE EXAMINÉ**

**TOUTE DEMANDE ET TOUTES PIECES JUSTIFICATIVES ENVOYÉES HORS DELAI FERONT L'OBJET D'UN REJET  
SI VOUS ETES RETRAITE, UNE EVALUATION SOCIALE SERA MISE EN ŒUVRE A RECEPTION DE CE  
FORMULAIRE**

#### 5- CADRE RESERVE AU SERVICE D'EVALUATION SOCIALE, ne pas compléter :

GIR:  6     5     ≤ à 4

#### 6- ATTESTATION SUR L'HONNEUR :

La MSA Provence Azur se réserve le droit de vérifier l'exactitude des informations contenues dans cette déclaration.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausse déclaration (article L 377.1 du code de la sécurité sociale – article L 441.1 du code pénal).

*« En foi de quoi, je confirme ma demande et atteste sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur cet imprimé ».*

A..... le .....

**Signature :**

*Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD) du 2016/679, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou d'une limitation du traitement et le cas échéant le droit à la portabilité des données que nous enregistrons à partir de vos réponses.*

*Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, consultez notre politique de protection des données sur notre site internet [www.provenceazur.msa.fr/votre](http://www.provenceazur.msa.fr/votre) MSA/Informations légales.*

**MSA PROVENCE AZUR - Service Action Sanitaire et Sociale :**

**Nous contacter :** 04 91 16 58 39

[provenceazur.msa.fr/Mon espace privé/Contact & échanges](http://provenceazur.msa.fr/Mon espace privé/Contact & échanges)

**Nous connaître :** [provenceazur.msa.fr](http://provenceazur.msa.fr)