

DÉCLARATION DE L'AIDANT FAMILIAL DU BÉNÉFICIAIRE DE LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)

Formulaire à compléter et à retourner au Département de Saône-et-Loire

À quoi sert la déclaration de l'aidant familial du bénéficiaire de la PCH ?

- Vous bénéficiez de la Prestation de compensation du handicap (PCH) versée par le Département de Saône-et-Loire.
- Vous êtes aidé(e) dans les actes de la vie quotidienne par un ou plusieurs proches désignés dans votre plan de compensation PCH.
- Ce formulaire permet au Département de recueillir les informations nécessaires au versement du dédommagement de l'aidant familial dans le cadre de la PCH. En l'absence de ces informations, cette aide ne pourra pas vous être versée.

Comment remplir le formulaire ?

1) Complétez le formulaire en suivant les étapes.

2) Envoyez le formulaire signé avec tous les justificatifs demandés au Département :

➡ De préférence par mail : declaration.pch@saoneetloire71.fr

Tous les documents envoyés par mail doivent être au format PDF.
Pour télécharger et remplir votre déclaration au format PDF,
scannez ce QR Code :



➡ Ou par courrier postal, à l'adresse suivante :

DÉPARTEMENT DE SAÔNE-ET-LOIRE
Direction de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
Service Paiement des prestations et budget (SPPB)
Espace Duhesme - 18 rue de Flacé - CS 70126
71026 MÂCON Cedex 9

Contact : 03 85 39 57 11 - declaration.pch@saoneetloire71.fr
Plus d'infos et formulaire téléchargeable sur www.saoneetloire.fr

ÉTAPE 1

INFORMATIONS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE DE LA PCH (OBLIGATOIRE)

À compléter par le bénéficiaire de la PCH avant de passer aux rubriques suivantes.

Les champs avec un astérisque (*) doivent obligatoirement être renseignés pour permettre le versement du dédommagement de l'aidant familial.

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM ET PRÉNOM du bénéficiaire* :

Nom de naissance (si différent) :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)* :

NOM ET PRÉNOM du représentant légal (le cas échéant)* :

Téléphone* :

Adresse mail :

Lien avec le bénéficiaire (parent, enfant...)* :

Ou organisme (le cas échéant)* :

ÉTAPE 2

INFORMATIONS CONCERNANT L'AIDANT FAMILIAL DU BÉNÉFICIAIRE DE LA PCH

À compléter par l'aidant familial du bénéficiaire de la PCH.

Vous apportez une aide dans les actes de la vie quotidienne à votre proche dans le cadre de son plan de compensation PCH. Complétez l'étape 2 du formulaire, et fournissez tous les justificatifs demandés.

Les champs avec un astérisque (*) doivent obligatoirement être renseignés pour permettre le versement de l'aide.

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM ET PRÉNOM * :

Nom de naissance (si différent) :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) * :

Lieu de naissance * :

Adresse postale * :

Téléphone * :

Adresse mail :

Degré de parenté avec le bénéficiaire de la PCH (cochez la case correspondante) * :

☐ Époux / épouse

☐ Concubin(e)

☐ Partenaire de PACS

☐ Père / mère

☐ Beau-père / belle-mère

☐ Grand-père / grand-mère

☐ Fils / fille

☐ Beau-fils / belle-fille

☐ Petit-fils / petite-fille

☐ Frère / sœur

☐ Beau-frère / belle-sœur

☐ Oncle / tante

☐ Neveu ou nièce

☐ Cousin / cousine

Infos à remonter par les instructeurs

Bénéficiez-vous de l'une des aides suivantes versées par la CAF ou la MSA ?*

- l'Allocation journalière du proche aidant (AJPA) ? ☐ Oui ☐ Non
- l'Allocation journalière de présence parentale (AJPP) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, justificatif à fournir* : attestation de paiement de l'aide perçue par l'aidant familial de la CAF ou de la MSA.

SITUATION DE L'AIDANT FAMILIAL

Vous êtes* :

☐ **Scolarisé**

Nom et commune de l'établissement :

Niveau de scolarité (classe, niveau d'étude) :

Régime : ☐ Externe ☐ Demi-pensionnaire ☐ Interne

☐ **À la recherche d'un emploi depuis le (JJ/MM/AAAA) :**

☐ **En activité professionnelle depuis le (JJ/MM/AAAA) :**

☐ à temps plein ☐ à temps partiel. Quotité de temps de travail :

☐ **Sans activité professionnelle (renoncement à une activité professionnelle) pour pouvoir accompagner le bénéficiaire de la PCH depuis le (JJ/MM/AAAA) :**

☐ **À la retraite depuis le (JJ/MM/AAAA) :**

☐ **Vous avez fait prévaloir vos droits à la retraite à compter du (JJ/MM/AAAA) :**

AUTRE PERSONNE ACCOMPAGNÉE

Aidez-vous une autre personne bénéficiaire de la PCH ?* ☐ Oui ☐ Non

Si oui :

Nom et prénom de la personne aidée :

Date de naissance de la personne aidée (JJ/MM/AAAA) :

Justificatifs à fournir*

- **Photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité** : carte d'identité ou passeport pour les ressortissants de l'Union européenne ou titre de séjour.
- **Attestation de paiement de l'Allocation journalière du proche aidant (AJPA) ou de l'Allocation journalière de présence parentale (AJPP)** de la CAF ou de la MSA (téléchargeable sur www.caf.fr ou www.msa.fr).
- **Justificatif attestant d'une réduction du temps de travail ou d'une cessation d'activité professionnelle** pour aider le bénéficiaire de la PCH, le cas échéant, (photocopie du contrat de travail, attestation de l'employeur, justificatif fourni par France Travail...)

Tout changement dans votre situation (adresse, diminution ou cessation d'activité...) ou si l'accompagnement du bénéficiaire prend fin doit être signalé à la Maison locale de l'autonomie (coordonnées sur www.saoneetloire.fr).

SIGNATURE DE LA DÉCLARATION DE L'AIDANT FAMILIAL

Je soussigné(e), (prénom et nom de l'aidant familial)

déclare sur l'honneur l'exactitude des informations fournies.

Fait le (date) :

À (lieu) :

Signature de l'aidant familial du bénéficiaire de la PCH

Importez votre signature

L'aidant familial du bénéficiaire s'engage sur l'exactitude des données fournies. Toute fraude ou fausse déclaration pourra entraîner des poursuites judiciaires en application des articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.

ÉTAPE 3

SIGNATURE DE VOTRE DÉCLARATION (OBLIGATOIRE)

Je soussigné(e), (prénom et nom du bénéficiaire ou de son représentant légal)

déclare sur l'honneur l'exactitude des informations fournies.

Fait le (date) :

À (lieu) :

Signature du bénéficiaire de la PCH ou de son représentant légal

Importez votre signature

Le bénéficiaire ou son représentant légal s'engage sur l'exactitude des données fournies. Toute fraude ou fausse déclaration pourra entraîner des poursuites judiciaires en application des articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.

INFORMATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

Finalité : les informations recueillies dans le cadre du présent formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire la demande et à contrôler les droits associés. Les données enregistrées sont celles du formulaire ainsi que celles librement fournies par le demandeur. Les données obligatoires à transmettre pour permettre le versement de l'aide sont signalées par un astérisque (*) dans le présent formulaire.

Les données ne font pas l'objet d'une prise de décision automatisée. L'ensemble des informations demandées est nécessaire à la bonne instruction de la demande. Tout défaut de réponse pourrait entraîner un allongement de la durée de traitement ou la non-mise en paiement de la prestation.

Base légale : le traitement des informations recueillies par ce formulaire est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le responsable du traitement (article 6-1 du Règlement général sur la protection des données – RGPD).

Destinataires des données : les personnes accédant à ces données sont les agents dument habilités au sein du Département de Saône-et-Loire. L'organisme gestionnaire de la prestation demandée peut également être amené à échanger des informations relatives à la situation du demandeur avec d'autres organismes, notamment l'administration fiscale, les organismes de sécurité sociale versant des prestations analogues, les collectivités territoriales et les organismes de recouvrement des cotisations sociales.

Durée de conservation des données : les données sont conservées pour une durée maximale de 3 ans, à compter de la cessation des droits du demandeur.

Droits du demandeur : conformément aux articles 15 à 23 du RGPD, le demandeur dispose d'un droit d'accès et de rectification des informations le concernant. Il dispose aussi du droit de limiter le traitement de ses données dans les conditions prévues par le RGPD. Une copie des données à caractère personnel peut être délivrée à la demande de la personne. Toutefois, l'organisme en charge du dossier a la possibilité de s'opposer aux demandes manifestement abusives, notamment par leur nombre, leur caractère répétitif ou systématique.

Pour exercer l'ensemble de ces droits, il convient de s'adresser au Délégué à la protection des données (DPO) de l'organisme en charge du dossier :

Département de Saône-et-Loire - Délégué à la Protection des données
Espace Duhesme, 18 rue de Flacé, CS 70126, 71026 Mâcon cedex 9.
Contact : dpo@saoneetloire71.fr



DÉPARTEMENT DE SAÔNE-ET-LOIRE

Direction de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
Service Pilotage et fonctions transversales (PFT)
Espace Duhesme / 18 rue de Flacé / CS 70126
71026 MÂCON Cedex 9