

NOTICE

Vaincre la Mucoviscidose participe au financement d'une aide-ménagère des patients vivant de façon autonome pour les soutenir dans **la préservation de leur capital santé** : entretien rigoureux de l'hygiène du domicile, diminution de l'état de fatigue, gain de temps pour se consacrer aux soins, au repos ou encore à une activité physique ou professionnelle...

Le nombre d'heures d'intervention hebdomadaires de l'aide-ménagère possible est :

→ **2 heures** : pour tous les patients vivant de façon autonome

→ **3 ou 4 heures** : sous critères médicaux

L'APCAS est calculée **en fonction des ressources et des charges** du foyer¹ dans la limite d'un plafond annuel fixé par la commission d'aides financières de l'association.

L'APCAS est versée sous la forme de **Chèques Emploi Service Universels CESU domicile préfinancés**.

Comme les autres aides de l'association, l'APCAS tient compte des autres aides (CAF, employeur...).

Dans la mesure où **l'APCAS ne vise pas à payer l'intégralité de la prestation**, le reste à charge est à régler directement (par chèque ou carte bancaire) à l'organisme prestataire ou à l'intervenant salarié.

Les E-CESU domicile

Les E-CESU domicile vous permettent de régler **EN LIGNE** les factures d'un organisme prestataire ou le salaire net d'un salarié en emploi direct. Notre partenaire, la société « **Up** » se charge de vous envoyer les E-CESU domicile par **EMAIL**.

Les E-CESU, c'est simple !

Vous devez créer un compte de paiement en ligne sur chèque-domicile.fr (le site Internet de Up) pour payer l'intervenant avec l'APCAS et régler par carte bancaire le reste à charge. Par la suite, vous pouvez consulter le montant de l'APCAS disponible, l'historique de vos paiements, contacter en cas de problème d'utilisation le service d'aide correspondant.

1. Comment faire le choix d'un intervenant à domicile ?

Pour faire intervenir une personne à votre domicile, vous pouvez :

✓ Faire appel à un **organisme prestataire** de services à la personne agréé

L'intervenant à domicile est le salarié de l'organisme. Vous n'avez rien à faire. Vous devez seulement régler la facture à la fin du mois. Pour trouver un organisme, vous pouvez consulter l'annuaire des organismes agréés de services à la personne².

✓ Être particulier employeur en **emploi direct**

Vous devez embaucher un intervenant et deviendrez alors son employeur. L'élaboration d'un contrat de travail est fortement recommandée. Vous devez donc assumer les responsabilités liées à ce statut : faire des démarches (complexes) en cas d'accident du travail, de congé maternité ou de licenciement. En cas de congés, vous devez trouver un remplaçant.

¹ Vous pouvez choisir de ne pas adresser de justificatifs budgétaires. Le taux de 50 % du forfait prévu est alors appliqué.

² [Annuaire des organismes de services à la personne](#) déclarés auprès des services de l'Etat.

Aide à la Préservation du Capital Santé APCAS

- **Vous** devez adhérer au Service CESU de l'URSSAF sur www.cesu.urssaf.fr
- **Votre salarié** doit être affilié au Centre de remboursement du CESU sur www.cr-cesu.fr

2. Quels sont les dispositions fiscales en matière de services à la personne ?

Des avantages fiscaux sous la forme d'allègements fiscaux et d'exonérations de certaines charges ont été instaurés par l'Etat (voir le site des [services à la personne](#)).

Seules les sommes que vous payez directement sont prises en compte pour le calcul de l'avantage fiscal.

- ✓ Le **crédit d'impôt** dans le cadre des services à la personne

Les dépenses engagées dans le cadre des services à la personne ouvrent droit à un crédit d'impôt spécifique. Les activités relevant de ce dispositif sont les services rendus à domicile à caractère familial ou ménager, comme l'entretien de la maison et travaux ménagers, les petits travaux de jardinage...

Le principe du crédit d'impôt est d'être imputé sur le montant de l'impôt sur le revenu. S'il excède l'impôt dû ou s'il n'y a pas d'impôt dû, l'excédent est restitué.

Le montant du crédit d'impôt correspond à **50 % de la dépense effectivement supportée**, dans la limite d'un plafond annuel.

Pour une facture de 100 €, vous réglez 80 € en CESU domicile préfinancés par l'association et 20 € par un chèque personnel ; le crédit d'impôt sera appliqué uniquement sur les 20 € versés, il sera de 10 €.

- ✓ **L'exonération des cotisations patronales** de sécurité sociale

Si vous avez un taux d'incapacité de 80 % et êtes titulaire d'une carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion invalidité en cours de validité, vous bénéficiez de l'exonération des cotisations patronales de sécurité sociale de sur urssaf.fr

Selon votre situation ou votre âge, vous pouvez bénéficier de certaines exonérations de cotisations sociales ou d'une déduction forfaitaire pour l'emploi d'une personne à votre domicile³.

3. Comment solliciter ou renouveler l'APCAS de l'association ?

Le dossier complet est à nous adresser à aidefinanciere@vaincrelamuco.org avec :

- Le formulaire de demande de l'APCAS et les justificatifs de ressources et charges demandés ;
- Vous avez le choix entre des CESU papier ou des E-CESU.

Nous effectuons une commande groupée auprès de la société Up une fois par mois (en fin du mois).

Vous recevez les CESU domicile au cours de la première quinzaine du mois suivant le passage de votre dossier en commission.

Les CESU domicile non utilisés au cours d'une année civile sont remboursés directement à l'association.

Attention : les CESU sont valables jusqu'au 31 janvier de l'année suivante

³ [Exonération de cotisations sociales](#)

Formulaire de demande d'aide à la préservation du capital santé (APCAS)

Les aides financières de l'association ne se substituent pas aux aides légales. Elles sont toutes soumises à une étude de la commission hebdomadaire d'aides financières et sont financées par la générosité du public.

Si vous rencontrez des difficultés à renseigner ce formulaire, n'hésitez pas à contacter le secrétariat du pôle qualité de vie : **01 40 78 91 68** ou aidefinanciere@vaincrelamuco.org

Ce formulaire est obligatoire pour toute demande et doit être rempli intégralement

PATIENT(E)

Cette aide concerne exclusivement les patients adultes vivant de manière autonome.

Nom : Prénom :

Né(e) le : / / Situation familiale : Célibataire En couple Monoparentale

Adresse :

Code postal : [][][][][] Ville :

 [][][][][][][][][][] Adresse électronique :@.....

Suivi médical : En CRCM Si oui, indiquer lequel : En libéral

COMPOSITION DE LA FAMILLE DU DEMANDEUR

Nom	Prénom	Lien avec le demandeur	Date de naissance
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Patient(e) : oui non Si oui : Temps plein Temps partiel
Conjoint(e) : oui non Si oui : Temps plein Temps partiel

VOTRE DEMANDE

1^{re} demande d'APCAS Renouvellement d'APCAS
Je souhaite bénéficier de votre participation pour l'emploi d'une aide à domicile à hauteur de :
 2 heures hebdomadaires 3 heures hebdomadaires 4 heures hebdomadaires
(selon évaluation de votre dossier par la commission d'aides financières de Vaincre la Mucoviscidose)

Chèques CESU (papier) E-CESU (adresse mail obligatoire à indiquer dans la partie coordonnées)

Autre(s) financement(s) oui non Si oui, préciser :

Je fournis mes justificatifs budgétaires.
 Je ne souhaite pas fournir mes justificatifs budgétaires. Le barème d'intervention minimum sera appliqué.

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis »

Fait à : Le : Signature obligatoire du/de la patiente :

Formulaire de demande d'aide à la préservation du capital santé (APCAS)

MOTIF DU RECOURS À L'AIDE HUMAINE

Formule de saisie à lignes pointillées pour le motif du recours à l'aide humaine.

Attestation médicale du médecin du CRCM ou du Centre de greffe

CONFIDENTIEL MEDICAL

POUR LES DEMANDES D'AIDE À DOMICILE DE 3 OU 4 HEURES HEBDOMADAIRES

Je soussigné(e), Docteur....., médecin au CRCM de.....
certifie les informations suivantes sur l'état de santé de

IMC : kg/m²

VEMS : % de la valeur prédite

Diabète : oui / non

Si oui, traitement par insuline : oui / non

Cures d'antibiotiques IV : oui / non

Si oui, nombre depuis un an :

Traitements par aérosols : oui / non

Si oui, médicaments utilisés :

Nutrition entérale : oui / non

Si oui, nombre de jours / semaine :

Oxygénothérapie : oui / non

Si oui : à l'effort oui / non Durée / 24 h :h

VNI : oui / non

Si oui : durée / 24h :h

Hospitalisations : oui / non

Si oui, nombre depuis un an :

Pathologies associées : oui / non

Si oui, préciser :

<u>Transplantation pulmonaire</u>	<u>Bilan</u>	<u>En attente</u>	<u>Transplanté</u>	<u>Retransplanté</u>
Date(s) :	/ /	/ /	/ /	/ /
<u>Transplantation rénale</u>	<u>Bilan</u>	<u>En attente</u>	<u>Transplanté</u>	<u>Retransplanté</u>
Date(s) :	/ /	/ /	/ /	/ /
<u>Transplantation hépatique</u>	<u>Bilan</u>	<u>En attente</u>	<u>Transplanté</u>	<u>Retransplanté</u>
Date(s) :	/ /	/ /	/ /	/ /

Commentaire complémentaire éventuel (douleurs, hémoptysies, etc...) :

.....
.....
.....
.....

Certificat fait à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.

Signature et cachet du médecin

Fait à :

Le :

Fiche " budget "

RESSOURCES

Salaire patient(e)	/ MOIS	AJPP	/ MOIS
Salaire du conjoint(e)	/ MOIS	Allocations familiales	/ MOIS
Déclaration CA (auto-entrepreneur)	/ MOIS	Allocation logement	/ MOIS
Allocations chômage	/ MOIS	Autres prestations CAF (PAJE, CLCA, ASF...)	/ MOIS
RSA	/ MOIS	ACTP / PCH	/ MOIS
AAH	/ MOIS	Pension(s) alimentaire(s)	/ MOIS
+ MVA ou CR	/ MOIS	Revenu(s) locatif(s)	/ MOIS
Indemnités journalières (Sécurité Sociale)	/ MOIS	Retraite(s)	/ MOIS
Pension d'invalidité	/ MOIS	Retraite(s) complémentaire(s)	/ MOIS
Prévoyance	/ MOIS	Autre (précisez l'objet) :	/ MOIS
AAEH	/ MOIS	Autre (précisez l'objet) :	/ MOIS
+ MPI	/ MOIS	Autre (précisez l'objet) :	/ MOIS
		TOTAL : / MOIS

CHARGES OBLIGATOIRES

Loyer / emprunt immobilier	/ MOIS
Charges locatives ou de copropriété	/ MOIS
Electricité	/ MOIS
Gaz	/ MOIS
Fioul / Bois / Granulés	/ MOIS
Eau	/ MOIS
Assurance logement	/ MOIS
Impôt sur le revenu	/ MOIS
TOTAL : / MOIS

CHARGES FACULTATIVES

Taxes foncières	/ MOIS
Assurance(s) véhicule(s)	/ MOIS
Mutuelle(s)	/ MOIS
Téléphone fixe + Internet	/ MOIS
Téléphone(s) portable(s)	/ MOIS
Prêt(s) en cours (précisez l'objet)	/ MOIS
Prêt 1 :	/ MOIS
Prêt 2 :	/ MOIS
Prêt 3 :	/ MOIS
Prêt 4 :	/ MOIS
Autre(s) dépense(s) (précisez l'objet) :	/ MOIS
Autre(s) dépense(s) (précisez l'objet) :	/ MOIS
TOTAL : / MOIS

**Nota : il est nécessaire de fournir toutes les pièces justificatives demandées concernant les revenus.
L'assistante sociale en charge de votre dossier peut être amenée à vous demander des documents complémentaires.**

PARTIE RESERVÉE AU PÔLE QUALITÉ DE VIE

TOTAL (R-CH)	PARTS	NIVEAU	AIDE POSSIBLE

Dossier instruit par :

Formulaire de demande d'aide à la préservation du capital santé (APCAS)

JUSTIFICATIFS A JOINDRE A VOTRE DEMANDE

1. Justificatifs pour la constitution du dossier

- **L'attestation médicale (si elle n'a jamais été fournie à l'association)** indiquant que le patient est atteint de mucoviscidose, remplie par **le médecin du CRCM** ;
- Si vous sollicitez une aide financière pour 3 ou 4 h d'intervention par semaine, **l'attestation ci-jointe complétée** par le médecin de votre CRCM ou de votre Centre de greffe ;
- **Les justificatifs d'autres financements reçus pour le financement d'une aide-ménagère à domicile** (Caf, mutuelles, CPAM, MSA, caisses de retraite et employeur...).

2. Justificatifs budgétaires

- **Les justificatifs des revenus mensuels du foyer** (en fonction de votre situation de couple ou de famille)
 - Dernier bulletin de salaire, et/ou attestation de pension d'invalidité, et/ou attestation de paiement Pôle Emploi, et/ou notification de bourse scolaire ou d'études...
 - Attestation Caf
 - Revenus immobiliers
 - Pensions alimentaires, de retraites...
- **Les justificatifs de vos charges**
 - Quittance de loyer ou échéancier d'emprunt immobilier, facture de charges locatives ou de copropriété
 - Derniers échéanciers ou factures d'énergie (électricité et/ou gaz, eau) et d'assurance logement
 - 1^{re} page du dernier avis d'impôt sur les revenus et de la taxe d'habitation

Attention : les relevés de compte bancaire ne seront pas pris en compte.

Veillez retourner votre dossier par e-mail à

aidefinanciere@vaincrelamuco.org

ou par courrier à

Vaincre la Mucoviscidose – Pôle qualité de vie

181 rue de Tolbiac – 75013 Paris

Le traitement de vos données à caractère personnel est fondé sur l'intérêt légitime de Vaincre la Mucoviscidose en sa qualité de responsable de traitement. Vos données sont collectées par nos équipes pour répondre à vos demandes d'accompagnement et d'aide. Conformément au Règlement sur la protection des données (RGPD) et à la loi Informatique et libertés modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant. Vous pouvez également exercer le droit de demander la limitation du traitement vos données et le droit de vous opposer au traitement de ces mêmes données. Par ailleurs, vous pouvez définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à la déléguée à la protection des données (DPO) de Vaincre la Mucoviscidose – 181 rue de Tolbiac – 75013 Paris ou à protectiondonnees@vaincrelamuco.org. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) si vous l'estimez nécessaire.