



## **Demande d'évaluation par NOMAD des prestations d'aide au ménage pour les bénéficiaires de prestations complémentaires**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

NPA/Localité : .....

Numéro-s de téléphone : .....

N°NNSS : .....

Date de naissance : .....

**Ce document est à remplir obligatoirement pour bénéficier du remboursement par les prestations complémentaires de l'aide au ménage effectuée par une aide au ménage privée.**

**Par sa signature, le bénéficiaire PC susmentionné autorise NOMAD à procéder à l'évaluation à son domicile afin de déterminer les besoins en aide au ménage et s'engage à lui donner toutes les informations requises.**

**Les services de NOMAD prendront contact directement avec le bénéficiaire pour fixer les modalités de l'évaluation (date, heures etc.).**

Les heures d'aide au ménage privée qui seraient effectuées avant l'évaluation par NOMAD ne seront prises en charge par les prestations complémentaires que jusqu'à concurrence du maximum admis par l'évaluation future.

Lieu et date de la demande : .....

Signature du bénéficiaire ou du représentant : .....

**Copie : au bénéficiaire**

**Document original à transmettre à la CCNC, Prestations complémentaires.**