

Service Prévention et Action Sociale

Pour toute demande d'information générale
N° unique CRPCEN / CSN - Comité Mixte :
■ Tél. 01 44 90 20 12

Pour toute information sur les demandes
en cours, Centre de la Relation Clients
de la CRPCEN :

■ Tél. 01 44 90 13 33
■ Via [votre espace sécurisé](#) accessible
sur notre site internet www.crpcen.fr

AIDES SOCIALES 2026

COCHER LA CASE CORRESPONDANTE À L'AIDE CONCERNÉE

- Aide ponctuelle* (à préciser page 4)
- Aide au handicap
- Aide ménagère
- Complément social à l'APA
- Aide au confort du retraité



Renseignements sur le demandeur (obligatoire)

N° de sécurité sociale

N° d'allocataire CAF

Madame Monsieur

Nom et prénom (en capitales)

Adresse N° Voie

Code postal Ville

Téléphone (obligatoire) / / / / Portable / / / /

Courriel (en capitales) @

Années dans le Notariat Avez-vous été en congé parental en 2025 ? oui non

Fonction occupée

Situation actuelle En activité Au chômage En invalidité À la retraite Pensionnée mère de famille

Nom de l'employeur actuel

Adresse de l'employeur actuel

Code postal Ville

Numéro de téléphone professionnel : / / / /

Indiquez votre GIR (si concerné) Date d'accord ou de rejet APA / /

Situation familiale

Célibataire Marié(e)/Pacsé(e)/Concubin(e) depuis le / /

Divorcé(e)/Séparé(e) depuis le / / Veuf(ve) depuis le / /

Identité du conjoint(e) ou du partenaire

Nom et prénom (en capitales)

Date de naissance / / Profession

Pour les non-salariés, précisez le domaine d'activité

Si retraité(e), précisez l'ancienne profession

Renseignements sur le correspondant (si le dossier est suivi par une autre personne que l'assuré)

Madame Monsieur

Nom et prénom (en capitales)

Adresse ou coordonnées de l'organisme N° Voie

Code postal Ville

Téléphone (obligatoire) / / / / Portable / / / /

Lien avec l'assuré

Personne(s) vivant au foyer (autres que vous : conjoint, enfants, parents, ...)

Nom - Prénom	Profession ou situation (si retraité(e) : ancienne profession)	Date de naissance	Lien de parenté
		□□/□□/□□□□	
		□□/□□/□□□□	
		□□/□□/□□□□	

Enfant(s) vivant hors du foyer

Nom - Prénom	Profession ou situation (si retraité(e) : ancienne profession)	Date de naissance	Ville et département de résidence
		□□/□□/□□□□	
		□□/□□/□□□□	
		□□/□□/□□□□	

Votre logement

Maison individuelle Appartement Nbre de pièces de votre logement Nbre de m² de votre logement

Maison de retraite Foyer logement Centre de long séjour

Résidence personnes âgées Autre type de logement (à préciser)

Vous êtes :

Propriétaire Locataire En indivision avec

En viager Hébergé(e) à titre gratuit* Hébergé(e) avec indemnité

Usufruitier(ère) Vous réglez des frais de séjour Autre situation (à préciser)

Précisez l'origine de l'usufruit

Avez-vous fait donation de biens immobiliers ou mobiliers ? oui non

Si oui : à qui Pour quel montant À quelle date / /

*indiquer le nom, le prénom et le lien de parenté de la personne qui vous héberge gratuitement

Votre patrimoine immobilier (résidence principale, secondaire, terrain, garage, ...)

Type de bien	Nombre de pièces et surface	Montant annuel des loyers (si bien loué)	Valeur estimée de votre bien	Adresse

Vos biens mobiliers (compte épargne, placements, obligations, assurance vie, ...)

Si vous disposez de biens mobiliers, merci de renseigner la rubrique suivante.

IMPORTANT : sans ces informations, votre dossier ne pourra être traité.

Type de placement	Organisme	Valeur actuelle
Livret(s) : livret A, livret de développement durable, livret épargne logement, populaire, etc.		
Assurance(s) vie		
Autres (à préciser : actions, obligations...)		

OBLIGATOIRE : si vous ne disposez pas de biens mobiliers, veuillez signer la déclaration suivante :

« Je déclare ne disposer d'aucun bien mobilier (compte épargne, placements, obligations, assurance vie, ...) »

Fait à Le / /

Signature

Revenus annuels 2024*

Sont pris en considération tous les revenus perçus par l'ensemble des personnes vivant au foyer (montants avant abattements [imposables et non-imposables]).

	Vous	Nombre de trimestres validés	Droit P (personnel) R (réversion)	Votre conjoint(e) ou autre personne résidant au foyer
Salaire				
Pension CRPCEN				
Retraite autres régimes (détaillez) (1)				
Retraites complémentaires (détaillez) (1)				
Allocations Pôle emploi		(1) Veuillez préciser l'origine de vos ressources : CARSAT, ARRCO, AGIRC, plus-value immobilière, bénéfices... Pour vos régimes de retraite, veuillez indiquer le nombre de trimestres validés. Vous trouverez ces informations sur vos notifications de retraite.		
Revenus fonciers nets				
Revenus mobiliers déclarés				
Autres revenus				

Aides et compléments de ressources 2024*

Montants annuels	
	Vous
	Votre conjoint(e) ou autre personne résidant au foyer
Allocation logement	
Prestations familiales	
Prestation de compensation du handicap	
Revenu de solidarité active (RSA)	
Pension alimentaire	
Aide des proches	
Aides sociales (précisez l'origine de la ressource : Conseil général, mairie, ...)	

Dépenses courantes annuelles 2025*

Eau	/an
Électricité	/an
Gaz	/an
Autre combustible (fuel, bois, ...)	/an
Téléphone	/an
Impôt sur le revenu	/an
Impôt foncier	/an
Taxe d'habitation (si propriétaire d'une résidence secondaire)	/an
Loyer ou charges de copropriété	/an
Frais d'hébergement en maison de retraite	/an
Mutuelle (indiquez le nom) _____	/an
Assurances habitation	/an
Assurances voiture	/an
Services aux particuliers (aide ménagère, garde enfant, ...)	/an
Crédits immobiliers (montant mensuel, date de début, date de fin)	/mois, du __/__/____ au __/__/____
Crédits à la consommation, travaux, ... (montant mensuel, date de début, date de fin)	<input type="checkbox"/> oui ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> non
Plan de surendettement (joindre justificatif)	
Pension alimentaire versée (précisez le montant et le destinataire)	/an

(2) Crédit à la consommation	Montant remboursé mensuellement	Date de début	Date de fin	Motif
1		/ /	/ /	
2		/ /	/ /	
3		/ /	/ /	

Quels sont vos modes de chauffage et de production d'eau chaude ?

* Si votre situation a changé récemment, vous pouvez fournir les éléments actuels accompagnés d'un justificatif attestant de votre changement de situation (voir la page 6 de la notice d'information).

DEMANDE D'AIDE SOCIALE

JUSTIFICATIFS À FOURNIR IMPÉRATIVEMENT (cocher les cases attestant la transmission de chacune de ces pièces)

PIÈCES À JOINDRE QUELLE QUE SOIT L'AIDE

ATTENTION : seuls les dossiers complets seront acceptés.

- Imprimé de demande dûment complété et signé.
- Copie de l'avis d'imposition (ou de non-imposition) 2025 sur les revenus 2024 de l'ensemble des personnes composant le foyer.
- Copie complète de l'avis des taxes foncières 2025.
- Copie du versement de toutes les prestations familiales (CAF, MSA...) attribuées au cours des 12 derniers mois glissants (exemple : envoi de votre demande en février → pièces à fournir de février 2025 à janvier 2026).
- Copie de l'avis de taxe d'habitation 2025 (si propriétaire d'une résidence secondaire).
- En cas de changement de situation (naissance, mariage, séparation, divorce, rupture du PACS, veuvage, chômage ou départ du domicile familial) intervenu entre 2024 et 2026, joindre les justificatifs énoncés en page 6 de la notice d'information.

PIÈCES À JOINDRE SELON L'AIDE

AIDE PONCTUELLE – DIFFICULTÉS FINANCIÈRES

- Pour les actifs et demandeurs d'emploi : réponse du Conseil Supérieur du Notariat, sauf si la demande est liée à votre état de santé.
- Pièces attestant le motif de votre demande et le montant de vos difficultés : copies de factures impayées, relance de créancier, mise en demeure, plan de surendettement, téléassistance, etc.
- 2** devis attestant du montant des travaux.
- Réponses (accords ou refus) des autres organismes susceptibles de vous apporter une aide (CAF, mutuelles et assurances santé complémentaires, assurances dommages).

AIDE PONCTUELLE – SOUTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU MALADIES NEUROLOGIQUES APPARENTÉES

- Certificat médical attestant de l'état de santé du patient et du nombre d'heures souhaitées.

AIDE PONCTUELLE – AIDE À L'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU MALADIES NEUROLOGIQUES APPARENTÉES

- Devis et/ou quittance délivré(e) par l'établissement d'accueil (maison de retraite, établissement temporaire, accueil de jour...).

AIDE AU HANDICAP

- Deux** devis pour l'achat de matériel spécifique.
- Factures délivrées par un professionnel du soin paramédical (orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien).
- Réponses préalables et obligatoires (accords ou refus) des autres organismes susceptibles de vous apporter une aide (conseil départemental, Maison départementale des personnes handicapées, Conseil Supérieur du Notariat).

AIDE MÉNAGÈRE

- Questionnaire d'appréciation du droit à faire remplir par un médecin, une assistante sociale ou un coordonnateur départemental.



Le document est disponible dans la rubrique "[Aide Ménagère À Domicile/Comment constituer votre dossier ?](#)" sur le site de la CRPCEN.

- Si vous avez plus de 60 ans, copie de l'attestation de rejet de financement de l'APA de moins de 3 ans, émise par le conseil départemental ou copie du courrier émanant du conseil départemental attestant la bonne réception du dépôt de la demande d'APA ou à défaut, l'imprimé CERFA 16301*1 (pages 5 à 9).

COMPLEMENT SOCIAL À L'APA

- Pour l'APA à domicile : copie du plan d'aide établi par le conseil départemental, mentionnant la part versée et la part restant à votre charge.
- Pour l'APA en établissement :
 - copie de la dernière facture de l'établissement, mentionnant le prix de journée, la part APA versée par le conseil départemental et la part APA laissée à votre charge.
 - copie de la décision du conseil départemental.

AIDE AU CONFORT DU RETRAITÉ

- Pour un achat : **deux devis** pour l'achat d'appareil de gros électroménager ou de climatisation.
- Pour une aide sur le combustible : copies des factures récentes (datant de moins de 6 mois) de gaz, fuel, électricité, bois selon l'énergie utilisée pour votre chauffage.

Je certifie la présence de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à l'instruction de ma demande.

Responsable de traitement	La CRPCEN représentée par son directeur, monsieur Olivier MANIETTE
Coordonnées du DPO	CRPCEN - à l'attention du DPO - 5 bis rue de Madrid - 75395 PARIS CEDEX 08
Objet du traitement de données	<ul style="list-style-type: none">■ Finalité(s) : Le présent traitement a pour finalité la mise en œuvre des prestations extralégales à la CRPCEN■ Base juridique :<ul style="list-style-type: none">- Loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires- Décret n° 90-1 215 du 20 décembre 1990.
Destinataires des données	Agents habilités de la Caisse
Durée de conservation des données	33 mois
Existence d'une prise de décision automatisée	NON
Sécurité	Politique des systèmes d'information de la CRPCEN - Référentiel général de sécurité créé par l'ordonnance du 8 décembre 2005
Vos droits sur les données vous concernant	<ul style="list-style-type: none">■ Vous disposez pour ces traitements d'un droit :<ul style="list-style-type: none">- d'accès ;- de rectification ;- et d'opposition.Ils s'exercent auprès du directeur de la CRPCEN, par courrier à l'adresse suivante : CRPCEN - à l'attention du DPO - 5 bis rue de Madrid - 75395 PARIS CEDEX 08■ Réclamation auprès de la CNIL en cas d'insatisfaction suite à la réponse de la Caisse à adresser à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07