

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

AIDE AMÉNAGEMENT HABITAT 2026

COCHER LA CASE CORRESPONDANTE À L'AIDE CONCERNÉE

- Bien vieillir/handicap
 Rénovation énergétique

**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

Fonction occupée

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

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

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 □□

Année de construction du logement □□□□□

Valeur estimée du bien □□□□□ €

Vous êtes

Locataire Hébergé(e) à titre gratuit* □□□□□ Hébergé(e) avec indemnité
 Propriétaire En indivision avec □□□□□ Usufruitier(ère)

Précisez l'origine de l'usufruit □□□□□

*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, ...). »

Signature

Fait à _____ le □□/□□/□□□□

Revenus annuels 2024*

Sont pris en considération tous les revenus perçus par l'ensemble des personnes vivant au foyer [montant avant abattement imposable et non-imposable]

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 résidence secondaire)		/an
Loyer ou charges de copropriété (allocations déduites)		/an
Mutuelle (indiquez le nom) _____		/an
Assurances habitation		/an
Assurances voiture		/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.

Organismes contactés pour cette aide

Avez-vous contacté d'autres organismes ? oui non

Si oui, lesquels (association, mairie, conseil départemental, Conseil Supérieur du Notariat...)

Précisez

Vous devez vous assurer en amont d'être éligibles aux aides de l'État (Anah, MaPrimeRénov...) et nous fournir les justificatifs.

Informations complémentaires

Les travaux pour lesquels vous demandez une aide ont-ils déjà commencé ? oui non

Depuis 5 ans avez-vous perçu une aide de l'État pour votre habitation ? oui non

□ oui □ non

NB : Les travaux liés aux copropriétés ne sont pas éligibles à cette aide.

En cas d'accord de la commission d'action sociale, un contrôle a posteriori avec factures acquittées sera effectué dans les 24 mois de la décision.

Description détaillée des travaux envisagés

Informations sur la situation de l'assuré demandeur de l'aide (à compléter par un conseiller)

Cette partie est réservée au travailleur social qui suit la demande avec vous le cas échéant (assistante sociale, responsable d'association d'insertion, conseiller en aménagement, conseillère en économie sociale et familiale, ...). Il sera tenu compte de son avis, ou de son absence d'avis, par la commission d'action sociale qui étudiera votre demande. Si un avis a déjà été rédigé sur un autre document, veuillez le mentionner ci-dessous et en joindre une copie.

Signature

Fait à _____

Le



 Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L. 114-17-1 du code de la Sécurité Sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.

DEMANDE D'AIDE AMÉNAGEMENT HABITAT

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

PIÈCES À JOINDRE SI VOUS ÊTES PROPRIÉTAIRE

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.
- Taxe d'habitation 2025 (si résidence secondaire).
- Copie du versement de toutes les prestations familiales (CAF, MSA...) attribuées au cours des 12 derniers mois.
- Attestation médicale justifiant du handicap ou notification de décision de la MDPH.
- Pour les personnes de moins de 70 ans, joindre une copie de la notification de décision APA établie par le conseil départemental.
- 2 devis des travaux de moins de 3 mois (sont exclus les travaux d'embellissement, de décoration intérieure et extérieure).
- Réponses (accords ou refus) des autres organismes susceptibles de vous apporter une aide (CAF, mutuelles et assurances santé complémentaires, assurances dommages).

PIÈCES À JOINDRE SI VOUS ÊTES LOCATAIRE

- 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.
- Document justifiant du domicile (copie quittance de loyer, facture d'eau, électricité, etc.).
- Copie du versement de toutes les prestations familiales (CAF, MSA...) attribuées au cours des 12 derniers mois.
- Attestation médicale justifiant du handicap ou notification de décision de la MDPH.
- Courrier ou attestation d'accord du propriétaire, daté(e) et signé(e), précisant la nature des travaux.
- Pour les personnes de moins de 70 ans, joindre une copie de la notification de décision APA établie par le conseil départemental.
- 2 devis des travaux de moins de 3 mois (sont exclus les travaux d'embellissement, de décoration intérieure et extérieure).
- Réponses (accords ou refus) des autres organismes susceptibles de vous apporter une aide (CAF, mutuelles et assurances santé complémentaires, assurances dommages).

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

Fait à _____

Le

□ / □ / □ □ □

Signature



Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de penalties financières (article L.114-17-1 du code de la Sécurité Sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.

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 sur vos données.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