

# DEMANDE D'AIDE À LA VIE FAMILIALE ET SOCIALE (AVFS)

Cette notice a été réalisée pour vous aider  
à compléter votre demande.

## ▶ COMMENT DÉPOSER VOTRE DEMANDE

**Vous devez le faire parvenir à la MSA de Picardie :**

*MSA de Picardie  
8 avenue Victor Hugo  
CS 70828  
60 010 BEAUVAIS CEDEX*

**Vous désirez des informations complémentaires :**

- ▶ Consultez le site [www.msa.fr](http://www.msa.fr)
- ▶ Contactez votre MSA de Picardie

Créez votre espace personnel sur [msa.fr](http://msa.fr) et profitez de services personnalisés pour préparer et suivre votre allocation. C'est facile, gratuit et sécurisé.

Vous pouvez bénéficier de l'Aide à la Vie Familiale et Sociale (AVFS) si vous êtes ressortissants étrangers en situation régulière, âgés, disposant de faibles ressources et résidant seuls en résidence sociale ou en foyer de travailleurs migrants. L'AVFS vous permet d'effectuer des séjours de longue durée (plus de 6 mois) dans votre pays d'origine et de réaliser ainsi un rapprochement familial.

## ► Informations pratiques

**Vous trouverez dans ce dossier ce dont vous avez besoin pour faire votre demande d'AVFS :**

- Une demande à compléter,
- Des précisions concernant les conditions d'attribution et de renouvellement, les modalités de déclaration de ressources et du paiement de votre aide,
- Les justificatifs à joindre.

Que vous soyez retraité ou non, vous devez **obligatoirement** remplir les conditions suivantes :

- Vous avez au moins 65 ans ou l'âge légal de départ à la retraite en cas d'inaptitude au travail,
- Vous êtes ressortissant étranger en situation régulière et **résidez en France**, dans un Département d'Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe, La Réunion, Guyane), à Mayotte ou dans une Collectivité d'Outre-Mer (Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy) **de façon ininterrompue pendant les 15 dernières années**,
- Vous percevez une retraite **ou** avez fait valoir vos droits à la retraite **ou** êtes allocataire du SASPA **et** avez des ressources inférieures à un certain plafond,
- Vous résidez seul en résidence sociale ou en foyer de travailleurs migrants.

**Cette aide n'est pas cumulable avec la perception d'une aide personnelle au logement (APL, ALF ou ALS), ni avec aucun des minima sociaux français (RSA, ASPA, SASPA...).**

### ► Conditions d'âge :

**Vous pouvez bénéficier de l'AVFS si vous avez 65 ans ou l'âge légal de départ à la retraite (62 ans) et :**

- Etes reconnu inapte au travail **ou**,
- Bénéficiaire de l'Allocation aux Adultes Handicapés.

Si vous souhaitez faire reconnaître votre inaptitude au travail, vous devez faire renseigner le rapport médical d'inaptitude (CERFA n° 16095\*01) par votre médecin traitant et le retourner à votre caisse de retraite en charge de la liquidation de vos droits vieillesse.

### ► Conditions de nationalité :

L'AVFS est destinée aux ressortissants de nationalité étrangère en situation régulière. L'AVFS vous permet d'effectuer des séjours de longue durée (plus de 6 mois) dans votre pays d'origine et de réaliser un rapprochement familial.

### ► Conditions de ressources :

Pour prétendre à l'AVFS, vous devez :

- avoir obtenu ou demandé la totalité des avantages vieillesse auxquels vous pouvez prétendre, y compris auprès des régimes étrangers et des organisations internationales,
- disposer de ressources inférieures à un certain plafond (fixé par décret).

Les ressources prises en compte sont identiques à celles servant pour la demande d'aide au logement.

Vous devrez déclarer tous vos revenus imposables en France perçus l'année précédant votre demande (par exemple, pour la déclaration de ressources remplie en avril 2021, prendre les ressources de l'année 2020) et certains revenus non imposables :

- Si vous avez perçu des revenus à l'étranger ou versés par une organisation internationale, vous devrez les ajouter à ceux perçus en France,
- Si vous payez des frais de tutelle/curatelle, vous devez les déduire des revenus à déclarer,
- Si vous avez racheté des trimestres pour la retraite, dans la limite de 12, vous devrez déduire les sommes payées à ce titre des montants des revenus à déclarer.

## ► Condition de résidence :

Vous devez justifier d'une résidence régulière et continue en France métropolitaine, dans un Département d'Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe, La Réunion, Guyane), à Mayotte ou dans une Collectivité d'Outre-Mer (Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy) au cours des 15 dernières années qui précèdent votre demande.

Cette condition ne s'applique pas aux ressortissants de l'Union européenne, de l'Islande, du Liechtenstein, de la Norvège ou de la Suisse.

## ► Condition d'hébergement :

**Au jour de votre demande, vous devez résider seul dans un foyer de travailleur migrant ou une résidence sociale.**

## ► A savoir avant de déposer votre demande :

- Cette demande doit être complétée, signée et accompagnée de tous les justificatifs demandés en page IV. Vous devrez l'envoyer à l'adresse indiquée en page I de cet imprimé,
- Nous vous recommandons de transmettre votre demande avec l'intégralité des pièces demandées,
- Vous conserverez une couverture maladie pour vos soins médicaux en France. En revanche, l'AVFS n'est pas cumulable avec la perception d'une aide personnelle au logement (APL, ALF ou ALS), ni avec aucun des minima sociaux français (ASPA, SASPA notamment).

## ► Le renouvellement de votre aide :

- Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2020, l'AVFS est renouvelée automatiquement, tous les ans, sous réserve que vous remplissiez toujours les conditions d'éligibilité et effectuez les déclarations obligatoires :
  - Déclaration de ressources CERFA n° en cours à fournir chaque année,
  - Si vous passez plus de 6 mois par an hors de France, un certificat d'existence.

## ► Nous fixerons le point de départ de votre aide :

- A compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de réception de la demande de l'aide, sans pouvoir être antérieur à cette date.
- Si nous réceptionnons votre dossier avec l'intégralité des pièces justificatives demandées (détaillées en page IV), le versement effectif interviendra au plus tard dans les 2 mois qui suivent l'entrée en jouissance.
- L'aide est attribuée mensuellement avec une revalorisation éventuelle au 1<sup>er</sup> octobre de chaque année.

## ► Pièces justificatives obligatoires à joindre dans tous les cas

- Une photocopie d'un justificatif d'état civil (voir ci-dessous).
- Un relevé d'identité bancaire RIB ou RICE à votre nom.
- Une photocopie de votre dernier avis d'impôt sur le revenu ou de votre dernier avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu.
- L'attestation de résidence (que vous trouverez en page 3 du formulaire) dans la structure d'hébergement qui vous accueille (foyer de travailleur migrant ou résidence sociale).

## ► Pièces justificatives obligatoires à joindre selon votre situation

En fonction de votre situation	Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible de :
Si vous êtes de nationalité française, ou ressortissant(e) de l'Union Européenne*, de l'Islande, du Liechtenstein, de la Norvège ou de la Suisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Votre carte d'identité ou passeport ou toute autre pièce justificative d'état civil et de nationalité</li> </ul>
Si vous êtes d'une autre nationalité	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Toute pièce justifiant de votre état civil</li> <li>■ Et, toute pièce justificative de la régularité de votre séjour en cours de validité : titre(s) de séjour autorisant à travailler prouvant le caractère régulier et ininterrompu de votre résidence en France pendant les 15 ans précédant votre demande</li> </ul>
Si vous êtes ressortissant britannique	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un titre de séjour portant la mention « accord de retrait »</li> </ul>
Si vous êtes majeur protégé	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La copie intégrale du jugement de tutelle ou de curatelle</li> </ul>
Si vous déclarez être médicalement inapte au travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le certificat médical disponible auprès de votre Caisse de retraite et complété par un médecin</li> </ul>
Si vous justifiez d'un taux d'incapacité au moins égal à 50% au titre de l'allocation adulte handicapé (AAH)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La notification d'attribution ou de rejet de l'AAH</li> </ul>
Si vous êtes ancien(ne) combattant(e), prisonnier(e) de guerre, déporté(e) ou interné(e)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Votre carte de combattant et un état signalétique et des services ; Le cas échéant, la carte délivrée à ce titre</li> </ul>
Si vous percevez une retraite en France ou à l'étranger	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une copie de la notification d'attribution</li> </ul>

**Liste des pays de l'Union européenne :** Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède.

**Important : merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.**

**Nous adresser des photocopies de bonne qualité. Ne pas les scotcher ou les agraffer, ni les surligner en couleur.**

## 1 - Votre identité

Votre n° de sécurité sociale :

Madame  Monsieur

Votre nom de famille (nom de naissance) : .....

Votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu ; ex. : nom du ou de la conjoint(e)) : .....

Vos prénoms (soulignez votre prénom usuel) : .....

Votre date de naissance :

Votre nationalité : .....

Commune de naissance (indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille) : .....

Département de naissance : ..... Pays de naissance : .....

## 2 - Vos coordonnées

(il s'agit des coordonnées utilisées pour les échanges nécessaires au suivi de votre dossier)

Votre adresse : .....

Complément d'adresse (bât, esc. étage, lieu-dit) : .....

Code postal :  Commune : .....

Pays : .....

Votre adresse mail\* : .....

Votre téléphone\* :

## 3 - Vos coordonnées à l'étranger si nous avons besoin de vous contacter :

Votre adresse : .....

Complément d'adresse (bât, esc. étage, lieu-dit) : .....

Code postal :  Commune : .....

Pays : .....

Votre adresse mail\* : .....

Votre téléphone\* :

## 4 - Votre situation de famille actuelle

Célibataire

Marié(e)  Pacsé(e)  En concubinage

Depuis le

Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)

Depuis le

\*Les données de contact collectées sont destinées à faciliter l'instruction de votre demande en cas de besoin d'échanges dans le cadre de nos missions de service public. Les destinataires de ces données sont les régimes de retraite de base concernés par la présente demande ainsi que certains régimes de retraite complémentaire. Les données collectées sont conservées le temps nécessaire au versement de la prestation

## 5 - Votre nationalité :

Etes-vous ressortissant(e) de l'Union européenne (UE), de l'Islande, du Liechtenstein, de la Norvège ou de la Suisse ? ..... **oui**  **non**

Etes-vous ressortissant(e) de nationalité étrangère (hors Union européenne, Islande, Liechtenstein, Norvège ou Suisse) ? ..... **oui**  **non**

A quelle date êtes-vous entré(e) en France ? .....

### Etes-vous dans l'une des situations suivantes ?

■ Reconnu(e) inapte au travail ..... **oui**  **non**

■ Handicapé(e) sous certaines conditions ..... **oui**  **non**

■ Ancien(ne) combattant(e), prisonnier(e) de guerre, déporté(e) ou interné(e) ..... **oui**  **non**

6 - Exercez-vous ou avez-vous exercé une activité professionnelle dans d'autres pays que la France ? : ..... **oui**  **non**

7 - Si oui, percevez-vous ou allez-vous percevoir une retraite de ce pays ? ..... **oui**  **non**

8 - Avez-vous déjà demandé ou percevez-vous actuellement une des prestations suivantes ? ..... **oui**  **non**

Si oui, indiquez lesquelles :

RETRAITE	HANDICAP-INVALIDITÉ
<input type="checkbox"/> Retraite de base <input type="checkbox"/> Retraite de réversion <input type="checkbox"/> ASPA <input type="checkbox"/> SASPA – Service de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées	<input type="checkbox"/> Allocation aux adultes handicapés (AAH) <input type="checkbox"/> RSA - revenu de solidarité active <input type="checkbox"/> Allocation chômage <input type="checkbox"/> <b>Autre</b> : ..... .....

### PRÉCISEZ CI-DESSOUS POUR CHAQUE PRESTATION DEMANDÉE OU ACTUELLEMENT PERÇUE :

Nom de l'organisme payeur : ..... ..... Son adresse : ..... <input type="text"/> Commune : ..... ..... Numéro d'allocataire : ..... ..... Date d'attribution de votre prestation <input type="text"/> Ou demande en cours <input type="checkbox"/>	Nom de l'organisme payeur : ..... ..... Son adresse : ..... <input type="text"/> Commune : ..... ..... Numéro d'allocataire : ..... ..... Date d'attribution de votre prestation <input type="text"/> Ou demande en cours <input type="checkbox"/>
---	---

*Si vous manquez de place, merci d'utiliser une feuille blanche que vous joindrez à cette demande.*

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.**  
**Je m'engage :** - à faciliter toute enquête pour les vérifier,  
 - à vous faire connaître immédiatement toute modification de ma situation.

**Je reconnais être informé(e)** qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par l'article R.117-7 du Code de l'action Sociale et des Familles.

Conformément à l'article D.117-25 du Code de l'Action Sociale et des Familles, nous vous informons que tout changement de situation doit être déclaré dans les meilleurs délais. Ainsi, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues fera l'objet d'une récupération d'indus.

Fait à : ..... le : | | | | | | | |

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et aux dispositions des articles 39 et 40 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL). La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 à 441-9 du code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti ou non au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la sécurité sociale.

**Signature du demandeur :**

## STRUCTURE D'HEBERGEMENT

(à compléter par le directeur de l'établissement hébergeant le demandeur)

Foyer de Travailleur Migrant  Résidence sociale

**Nom de la structure :** .....

**Complément d'adresse (bât, esc. étage, lieu-dit) :** .....

**Code postal :** | | | | | | **Commune :** .....

**Pays :** .....

**Votre adresse mail :** .....

**Votre téléphone :** | | | | | | | |

Je soussigné Monsieur/Madame, .....  
 gestionnaire de la structure désignée ci-dessus, certifié de Monsieur/Madame .....

réside seul(e) à cette adresse depuis le | | | | | | | |

Date et signature du gestionnaire de la structure	Cachet de l'établissement
---	---------------------------

Vous venez de remplir votre demande d' « Aide à la Vie Familiale et Sociale »  
 Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement apposer les signatures nécessaires et transmettre les pièces justificatives détaillées dans la notice à l'adresse suivante :

**MSA de Picardie**  
**8 avenue Victor Hugo CS 70828**  
**60 010 BEAUVAIS CEDEX**