



# Demande d'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

Cette notice a été réalisée pour vous aider à établir vos demandes et déclarations de ressources



Caisse de Prévoyance et de Retraite  
du Personnel Ferroviaire

17 avenue Général Leclerc  
13347 Marseille Cedex 20  
SIRET : 341 246 122 00020

Créez votre espace personnel sur [www.cprpf.fr](http://www.cprpf.fr) et profitez de services personnalisés pour gérer votre retraite

## Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

### Informations pratiques :

- **A quel organisme de sécurité sociale déposer votre demande ?**

---

La demande complète, signée et accompagnée de tous les justificatifs demandés doit être déposée :

- A l'organisme qui vous verse votre retraite si vous bénéficiez d'une seule retraite
- Si vous bénéficiez de plusieurs retraites vous devez déposer votre demande en priorité :
  - Au régime des non-salariés agricoles si lors de votre demande vous avez la qualité d'exploitant agricole.
  - Au régime général si cet organisme vous verse une retraite.
  - A défaut, à l'organisme qui vous verse la retraite la plus élevée à la date de votre demande d'allocation.
- **Vous pouvez avoir droit à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) aux conditions suivantes :**
  - Être titulaire d'une pension personnelle ou de réversion.
  - Avoir obtenu ou demandé la totalité des avantages de vieillesse (français, étrangers et organisation internationale) auxquels vous pouvez prétendre.
  - Avoir au moins 65 ans ou entre 62 ans et 65 ans en cas d'incapacité au travail ou pour les assurés handicapés atteints d'une incapacité permanente d'au moins 50%
  - Résider en France métropolitaine, dans un département d'outre mer, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy pendant au moins 9 mois (ou 180 jours) au cours de l'année civile de versement de l'allocation. Les personnes ressortissantes de l'un des pays de l'Union Européenne, de l'Islande, du Liechtenstein, de la Norvège ou de la Suisse doivent bénéficier d'un droit de séjour et résider en France pendant les 3 mois précédant la demande. Les ressortissants des autres Etats (hors zone d'application des règlements européens) doivent bénéficier d'un titre de séjour de plus de 10 ans les autorisant à travailler (les réfugiés, apatrides, les personnes bénéficiant de la protection judiciaire ou les combattants pour la France ne sont pas soumis à cette condition).
  - Avoir des ressources inférieures à un plafond qui est fixé en fonction de la situation familiale. Les ressources sont évaluées sur les 3 mois ou 12 mois qui précèdent le point de départ de la prestation.

## Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

- Les ressources à déclarer sont :

---

- Les **salaires** et gains assimilés (commissions, rémunération vacations, gratifications).
- Les **revenus professionnels** des non-salariés.
- Les **indemnités journalières** payées par la Caisse d'assurance maladie (indemnités journalières, d'accident du travail, maladie professionnelle, maternité, paternité, adoption).
- Les **allocations de chômage** et préretraite versées par Pôle emploi ou l'employeur.
- Les **retraites** tous régimes de base et complémentaires, personnelles et de réversion (y compris la majoration de pension de réversion), les pensions d'invalidité, la rente accident du travail, la pension veuve de guerre. Pour les demandes encore à l'étude, vous devez inscrire « en cours » dans la colonne « montant » en précisant le nom et l'adresse de l'organisme.
- Les **allocations diverses** : allocation spéciale vieillesse ou d'aide sociale, allocation amiante, allocation aux adultes handicapés (AAH), revenu de solidarité active (RSA)...
- Les **autres revenus** pour lesquels il faut indiquer la nature (prestation compensatoire suite au divorce, rente viagère issue d'un contrat d'assurance ou de la vente d'un bien immobilier, revenus suite à une mise en gérance ...)
- Les **biens immobiliers** : ce sont notamment les maisons, appartements, immeubles et terrains (y compris ceux mis en location) dont vous et/ou votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire de PACS, êtes propriétaire(s) ou avez l'usufruit ou avez fait donation, à l'exclusion de votre habitation principale et des bâtiments d'exploitation agricole.
- Si les biens sont indivis, en copropriété, en nue-propriété ou en usufruit, indiquez la valeur totale du bien, votre part et/ou celle de votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire de PACS.
- Si vous et/ou votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire de PACS êtes commerçant(s) ou artisan(s) ou exploitant(s) agricole(s) en activité ou si le commerce/l'entreprise est en gérance, précisez la valeur du fonds et, le cas échéant, la valeur des murs.  
  
Les revenus des biens immobiliers sont estimés au regard de leur valeur.
- Les **biens mobiliers** : ce sont principalement des placements financiers (Livret d'épargne, PEL, LEP, Livret A, Actions ou avoirs, indemnité de départ attribuée à certains artisans, commerçants et exploitants agricoles, capital non réinvesti de la vente d'un bien...) : indiquez la nature et la valeur actuelle des biens déclarés.

## Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

- **Les justificatifs à joindre**

---

Vous devez présenter en plus du formulaire complété et signé :

- Votre dernier avis d'imposition sur le revenu ou votre avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu. Si vous vivez en couple : une photocopie du dernier avis d'imposition ou l'avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu de votre concubin ou partenaire de PACS.
- 2 justificatifs prouvant que vous résidez en France (métropole ou département d'outre-mer), exemple : quittances de loyer, factures d'eau, de gaz, d'électricité, de téléphone...  
Si vous faites une demande ASPA couple : un justificatif de résidence en France au nom de chaque demandeur.
- Votre titre de séjour autorisant à travailler en cours de validité et celui de votre conjoint, concubin ou partenaire de PACS si vous ou/et votre partenaire êtes de nationalité étrangère (sauf pour les ressortissants de l'Union européenne\* de l'Islande, du Liechtenstein, de la Norvège et de la Suisse). Ainsi que les titres de séjour autorisant à travailler sur les 10 années précédant le point de départ de l'ASPA.

*\*Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.*

- **Point de départ de l'allocation**

---

Il est fixé à la même date que votre retraite, si vous déposez votre demande en même temps que votre demande de retraite ou dans les 3 mois qui suivent la date de notification de votre retraite. A défaut il est fixé au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la date de réception de votre demande d'allocation. Cette date ne peut être antérieure à la date d'effet du dernier des avantages de vieillesse auquel vous et, le cas échéant, votre conjoint, concubin ou partenaire de PACS, pouvez prétendre.

- **Récupération sur la succession**

---

Cette allocation est une prestation non contributive qui peut faire l'objet d'une récupération sur la succession si l'actif net successoral dépasse les 105 300 euros pour les décès survenus après le 1<sup>er</sup> septembre 2023 (ce montant est porté à 150 000 euros dans les départements et régions d'outre-mer).

Vous devez signaler tout changement de résidence, de situation familiale ou de ressources dans les plus brefs délais.

**Si vous partez à l'étranger ou si vous avez résidé moins de 9 mois en France, l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées sera supprimée.**

**Sachez que des contrôles sont réalisés afin de vérifier si vous résidez bien en France.**

# Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

## Votre identité

Votre numéro de sécurité sociale :

Madame ☐ Monsieur ☐

Votre nom de famille (de naissance) :

Votre nom d'usage (facultatif) :

Vos prénoms :

Votre date de naissance :  Votre nationalité :

Commune de naissance :

Département de naissance :  Arrondissement pour Paris, Marseille et Lyon :

Pays de naissance :

## Vos coordonnées

Votre adresse :

Code postal :  Commune :  Pays :

Téléphone fixe :  Téléphone portable :

Votre adresse mail :

## Votre situation familiale

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ En concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐  
Depuis le :  Depuis le :

## Votre conjoint ou concubin ou partenaire pacsé

Son numéro de sécurité sociale :

Son nom de famille (de naissance) :

Son nom d'usage :

(Facultatif, ex : nom du conjoint)

Ses prénoms :

Sa date de naissance :  Sa nationalité :

Commune de naissance :

Département de naissance :  Arrondissement pour Paris, Marseille et Lyon :

Pays de naissance :

## Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

### Vos droits à la retraite et ceux de votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire de PACS

Avez-vous obtenu ou demandé la totalité des prestations vieillesse auxquelles vous pouvez prétendre auprès de l'ensemble des régimes de retraite de base et complémentaire, en France et hors de France ?

OUI ☐ NON ☐

Si oui indiquez la ou les date (s) d'effet et le nom du ou des organisme (s) concerné(s) :

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

Si non, indiquez les raisons : .....

Votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire de PACS a-t-il (elle) obtenu ou demandé la totalité des retraites dont il (elle) peut bénéficier auprès de l'ensemble des régimes de retraite de base ou complémentaire en France et hors de France :

OUI ☐ NON ☐

Si oui indiquez la ou les date (s) d'effet et le nom du ou des organisme (s) concerné(s) :

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

Si non, indiquez les raisons : .....

### Je demande l'allocation de solidarité aux personnes âgées (case(s) à cocher)

☐ Pour moi-même

☐ Au titre de l'incapacité

☐ Pour mon conjoint

☐ Au titre de l'incapacité

J'atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts et je m'engage :

- A vous faire connaître toute modification de mes ressources et de celles de mon conjoint, partenaire de PACS ou concubin, ainsi que tout changement familial et de résidence.
- A faciliter toute enquête

En tant qu'organisme de sécurité sociale, nous contribuons à la politique globale de prévention et de lutte contre la fraude. Aussi, nous contrôlons les prestations servies et nous vous rappelons que la fraude aux prestations sociales constitue une infraction pénale, passible de deux ans d'emprisonnement et/ou de 30 000 euros d'amende (article 441-6 du code pénal).  
Je reconnais avoir été informé (e) et compris les conditions à remplir pour bénéficier de l'ASPA et suis conscient (e) des sanctions encourues en cas de fraude.

Conformément au Règlement européen n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit RGPD) et à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits auprès du délégué à la protection des données de la CPR.  
Pour plus de précisions, veuillez consulter la rubrique RGPD (Données personnelles) du site internet de la Caisse.

Fait à : .....

le : .....

Signature du demandeur :

Signature du conjoint :

## Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

Vos ressources perçues en France et/ou hors de France (y compris celles versées par une organisation internationale) au cours des 3 derniers mois précédant votre demande

| Précisez les 3 derniers mois précédant votre demande                                                                                  |                  |                  |                     |                  |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|---------------------|------------------|------------------|
| Pour vous                                                                                                                             |                  |                  | Pour votre conjoint |                  |                  |
| Mois de<br>.....                                                                                                                      | Mois de<br>..... | Mois de<br>..... | Mois de<br>.....    | Mois de<br>..... | Mois de<br>..... |
| <b>Salaires et/ou gains assimilés</b>                                                                                                 |                  |                  |                     |                  |                  |
| .....€                                                                                                                                | .....€           | .....€           | .....€              | .....€           | .....€           |
| <b>Revenus professionnels non salariaux retenus par l'administration fiscale</b>                                                      |                  |                  |                     |                  |                  |
| .....€                                                                                                                                | .....€           | .....€           | .....€              | .....€           | .....€           |
| <b>Indemnités Journalières payées par la caisse d'assurance maladie</b>                                                               |                  |                  |                     |                  |                  |
| .....€                                                                                                                                | .....€           | .....€           | .....€              | .....€           | .....€           |
| <b>Allocations chômage et préretraite</b>                                                                                             |                  |                  |                     |                  |                  |
| .....€                                                                                                                                | .....€           | .....€           | .....€              | .....€           | .....€           |
| <b>Prestations diverses :<br/>Pension d'invalidité, rente d'accident du travail ... (indiquez le nom et l'adresse de l'organisme)</b> |                  |                  |                     |                  |                  |
| Organisme :                                                                                                                           |                  |                  | Organisme :         |                  |                  |
| .....€                                                                                                                                | .....€           | .....€           | .....€              | .....€           | .....€           |
| Organisme :                                                                                                                           |                  |                  | Organisme :         |                  |                  |
| .....€                                                                                                                                | .....€           | .....€           | .....€              | .....€           | .....€           |

## Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

| Pensions, retraites, rentes personnelles et de réversion (indiquez le nom et adresse de l'organisme)  |         |         |             |         |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|-------------|---------|---------|
| Organisme :                                                                                           |         |         | Organisme : |         |         |
| ..... €                                                                                               | ..... € | ..... € | ..... €     | ..... € | ..... € |
| Organisme :                                                                                           |         |         | Organisme : |         |         |
| ..... €                                                                                               | ..... € | ..... € | ..... €     | ..... € | ..... € |
| Organisme :                                                                                           |         |         | Organisme : |         |         |
| ..... €                                                                                               | ..... € | ..... € | ..... €     | ..... € | ..... € |
| Retraites complémentaires personnelles et de réversion<br>(indiquez le nom et adresse de l'organisme) |         |         |             |         |         |
| Organisme :                                                                                           |         |         | Organisme : |         |         |
| ..... €                                                                                               | ..... € | ..... € | ..... €     | ..... € | ..... € |
| Organisme :                                                                                           |         |         | Organisme : |         |         |
| ..... €                                                                                               | ..... € | ..... € | ..... €     | ..... € | ..... € |
| Organisme :                                                                                           |         |         | Organisme : |         |         |
| ..... €                                                                                               | ..... € | ..... € | ..... €     | ..... € | ..... € |



## Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

| <b>Allocations : AAH, allocation amiante ...</b><br><b>(indiquez le type d'allocation, les noms et adresses des organismes)</b>              |         |         |             |         |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|-------------|---------|---------|
| Organisme :                                                                                                                                  |         |         | Organisme : |         |         |
| ..... €                                                                                                                                      | ..... € | ..... € | ..... €     | ..... € | ..... € |
| Organisme :                                                                                                                                  |         |         | Organisme : |         |         |
| ..... €                                                                                                                                      | ..... € | ..... € | ..... €     | ..... € | ..... € |
| Organisme :                                                                                                                                  |         |         | Organisme : |         |         |
| ..... €                                                                                                                                      | ..... € | ..... € | ..... €     | ..... € | ..... € |
| <b>Autres revenus (rentes viagères, avantages en nature, pension alimentaire, revenu de la mise en gérance, prestation compensatoire...)</b> |         |         |             |         |         |
| ..... €                                                                                                                                      | ..... € | ..... € | ..... €     | ..... € | ..... € |
| ..... €                                                                                                                                      | ..... € | ..... € | ..... €     | ..... € | ..... € |
| ..... €                                                                                                                                      | ..... € | ..... € | ..... €     | ..... € | ..... € |

## Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

**Vos biens et si vous vivez en couple, les biens de votre conjoint(e) ou partenaire de PACS ou concubin(e) en France et/ou hors de France.**

| Biens immobiliers : maison, appartement, terrain<br>(à l'exclusion de votre habitation principale et des bâtiments de l'exploitation agricole) |                |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
|                                                                                                                                                | Adresse        | Valeur actuelle |
| <b>Personnels *</b><br>.....<br>.....                                                                                                          | .....<br>..... | ..... €         |
| <b>Communs au ménage*</b><br>.....<br>.....                                                                                                    | .....<br>..... | ..... €         |
| <b>De votre conjoint(e), partenaire de PACS ou concubin(e)*</b><br>.....<br>.....                                                              | .....<br>..... | ..... €         |

*\*Précisez la nature du bien immobilier déclaré et s'il y a lieu indivis, nue-propriété ou usufruit*

Habitez-vous la maison dont vous ou votre conjoint(e), partenaire de PACS ou concubin(e) êtes propriétaire ?

OUI ☐ NON ☐

Une partie de cette maison, est-elle louée ?

OUI ☐ NON ☐

Vous et/ou votre conjoint(e), partenaire de PACS ou concubin(e) avez-vous fait une donation de biens immobiliers ou mobiliers depuis moins de 10 ans ?

OUI ☐ NON ☐

Si oui quel est le donateur : vous ☐ votre partenaire ☐ vous et votre partenaire ☐

Date de la donation :         lien de parenté avec le bénéficiaire de la donation : .....

Adresse du ou des bien(s) immobilier(s) donné(s) : .....  
.....

Valeur actuelle du ou des bien(s) : .....

| Biens mobiliers : livrets d'épargne, titres, actions, obligations, capitaux d'assurance | Valeur actuelle |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Personnels</b>                                                                       | ..... €         |
| <b>Communs au ménage</b>                                                                | ..... €         |
| <b>De votre conjoint(e), partenaire de PACS ou concubin(e)</b>                          | ..... €         |

## Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

J'atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts et je m'engage :

- A vous faire connaître toute modification de mes ressources et de celles de mon conjoint, partenaire de PACS ou concubin, ainsi que tout changement familial et de résidence.
- A faciliter toute enquête

En tant qu'organisme de sécurité sociale, nous contribuons à la politique globale de prévention et de lutte contre la fraude. Aussi, nous contrôlons les prestations servies et nous vous rappelons que la fraude aux prestations sociales constitue une infraction pénale, passible de deux ans d'emprisonnement et/ou de 30 000 euros d'amende (article 441-6 du code pénal).

Je reconnais avoir été informé (e) et compris les conditions à remplir pour bénéficier de l'ASPA et suis conscient (e) des sanctions encourues en cas de fraude.

*Conformément au Règlement européen n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit RGPD) et à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits auprès du délégué à la protection des données de la CPR.*

*Pour plus de précisions, veuillez consulter la rubrique RGPD (Données personnelles) du site internet de la Caisse.*

Fait à : .....

le : .....

**Signature du demandeur :**

**Signature du conjoint :**

### Informations sur la CSS (Complémentaire Santé Solidaire)

Veuillez prendre connaissance et compléter les informations au-dos de cette page, si vous souhaitez bénéficier de la CSS.



*Vous avez le droit à l'erreur :*

*Vous vous êtes trompé(e) lors de votre déclaration, signalez-le-nous, nous corrigerons les données concernées. Si cette rectification change le montant des prestations que vous recevez, vous ne serez pas sanctionné (e), vous devrez simplement rembourser les sommes trop perçues.*

## La Complémentaire Santé Solidaire

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2022, si vous percevez l'allocation de solidarité aux personnes âgées (**ASPA**) et que vous n'avez pas exercé d'activité professionnelle durant les 3 mois qui précèdent votre demande, vous avez droit à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) **avec participation financière**.

### Barème du montant mensuel de la participation financière à la complémentaire santé solidaire au 1<sup>er</sup> novembre 2019 (en euros)

#### Métropole et DOM

| Âge au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année de l'attribution de la Complémentaire Santé Solidaire | Montant mensuel* de la participation financière | Montant annuel* de la participation financière |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Assuré âgé de 29 ans et moins                                                                   | 8                                               | 96                                             |
| Assuré âgé de 30 à 49 ans                                                                       | 14                                              | 168                                            |
| Assuré âgé de 50 à 59 ans                                                                       | 21                                              | 252                                            |
| Assuré âgé de 60 à 69 ans                                                                       | 25                                              | 300                                            |
| Assuré âgé de 70 ans et plus                                                                    | 30                                              | 360                                            |

#### Alsace-Moselle

| Âge au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année de l'attribution de la Complémentaire Santé Solidaire | Montant mensuel* de la participation financière | Montant annuel* de la participation financière |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Assuré âgé de 29 ans et moins                                                                   | 2,80                                            | 33,60                                          |
| Assuré âgé de 30 à 49 ans                                                                       | 4,90                                            | 58,80                                          |
| Assuré âgé de 50 à 59 ans                                                                       | 7,30                                            | 87,60                                          |
| Assuré âgé de 60 à 69 ans                                                                       | 8,70                                            | 104,40                                         |
| Assuré âgé de 70 ans et plus                                                                    | 10,50                                           | 126                                            |

\*Les montants (mensuels ou annuels) sont calculés et inscrits dans le tableau ci-dessus pour **un** assuré ; si un ayant droit, ou plusieurs bénéficient également de la CSS par rapport à son ouvrant droit, vous devez ajouter les montants des personnes supplémentaires en tenant compte de l'âge.

La CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (à hauteur de 100% des tarifs sécurité sociale) y compris l'hôpital ; elle vous permet la dispense d'avance de frais ou tiers payant.

Pour plus de renseignement concernant la CSS, vous pouvez contacter la Caisse par téléphone au 04.95.04.04.04 ainsi que par formulaire de contact dans votre espace personnel à la rubrique CSS.

**Si vous souhaitez bénéficier de la CSS, merci de cocher la case prévue à cet effet <sup>(1\*)</sup> ainsi que dater et signer en bas de cette feuille.**

Le document **S3711j** vous sera alors envoyé ultérieurement.

À sa réception, vous devrez alors compléter ce document en renseignant les informations concernant votre foyer, le choix de l'organisme complémentaire ainsi que la date de demande et votre signature.

Vous n'avez pas à remplir la déclaration de ressources (sous réserve d'attribution de l'ASPA).

Le renouvellement se fera automatiquement, vous n'aurez pas à faire de nouvelle demande du fait que vous êtes bénéficiaire de l'ASPA.

☐ **Je souhaite bénéficier de la CSS <sup>(1\*)</sup>**

Fait à..... Le .....

Signature