



Dossier de demande d'aide présenté par une personne de 60 ans ou plus

Aide ménagère à domicile au titre de l'Aide Sociale *

1 ère demande Renouvellement Révision

Précisez l'association d'aide à domicile qui interviendra :

ADAPA VSDS ADOM 01 ADMR AMICIAL ADS

Monsieur Madame

Nom : _____

Prénom : _____

Commune : _____

Canton : _____

* Les demandes d'Aide ménagère à domicile au titre de l'Aide Sociale sont à déposer obligatoirement à la Mairie ou au Centre Communal d'Action Sociale de votre lieu de résidence.



IMPORTANT :

Toutes les réponses aux différentes questions sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier

1 - Renseignements concernant le foyer du demandeur

	Le bénéficiaire	Conjoint -concubin-partenaire de PACS
Nom patronymique de naissance		
Nom marital		
Prénoms		
Date de naissance et lieu		
Nationalité (Française- Ressortissant de l'union Européenne /Autre)		
Situation de famille (Marié- Divorcé- Veuf- Concubin- PACS- Célibataire)		

/-ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR : S'agit il de votre domicile personnel oui non

Date d'arrivée	N°, rue, code postal, commune	Adresse du conjoint (si différente du demandeur)

/- ADRESSE PRECEDENTE DU DEMANDEUR

Date d'arrivée	N° et rue	Code Postal	Commune	S'agit-il de votre domicile personnel
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

N° de téléphone et mail du conjoint ou de la personne à contacter :

Date d'arrivée en France (pour les personnes de nationalité étrangère) :

/- AUTRES PERSONNES VIVANT DANS LE FOYER

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Profession et autres

2 - Ressources et charges

(Joindre justificatifs)

Ressources figurant sur l'avis d'imposition ou de non-imposition (dernier avis) montant : €

/- RETRAITES PRINCIPALES

	Nom de l'organisme	Nature du droit DP-DR*(1)	Montant mensuel	
			Demandeur	Conjoint (2)
Régime général			€	€
Autres			€	€
			€	€

*(1) DP : Droit Propre (acquis à titre personnel) - DR : Droit de Reversion (acquis au décès du conjoint).

*(2) Montant à préciser pour son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS.

/- RETRAITES COMPLÉMENTAIRES

	Montant mensuel	
	Demandeur	Conjoint
Retraite du combattant	€	€
Autres :	€	€
	€	€
	€	€

/- AUTRES RESSOURCES

	Montant mensuel	
	Demandeur	Conjoint
Traitements et salaires	€	€
Indemnités journalières de maladie	€	€
Allocation chômage	€	€
Rente, accident du travail ou pension d'invalidité	€	€
Bénéfice agricole ou commercial (BIC)	€	€
Allocation logement	€	€
Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (ex MTP)	€	€
Rente viagère au titre de l'assurance dépendance	€	€
Pensions alimentaires versées par vos descendants	€	€
Capital perçu (ex : accident, décès)	€	€
Total des ressources	€	€

/- CHARGES

	Montant mensuel	
	Demandeur	Conjoint
Pensions alimentaires et/ou obligations alimentaires versées	€	€
Loyer (ou crédit) et charges relatifs à l'habitation	€	€
Autres charges (à préciser)	€	€
Total des charges	€	€

3 - Patrimoine du foyer

BIEN IMMOBILIERS <i>Joindre copie Taxes foncières + relevés cadastraux</i>	Cochez votre habitation principale		
	Bien n°1 <input type="checkbox"/>	Bien n°2 <input type="checkbox"/>	Bien n°3 <input type="checkbox"/>
Adresse complète			
Nature du bien bâti: maison, appartement..., non bâti : terrain...			
Régime de propriété (totale, usufruit, nue-propriété, indivision) et nom et qualité des indivisaires			
Utilisation du bien (loué, occupé à titre gratuit...)			
Revenus fonciers (fermage, loyer...)	€	€	€
Valeur estimée du bien	€	€	€

Si vous ne disposez d'aucun bien immobilier, cochez la case ci-contre

BIENS MOBILIERS ET EPARGNE	Coordonnées de l'Etablissement bancaire	N° de compte	Demandeur		Conjoint		Nom et coordonnées des personnes ayant procuration
			Solde actuel	Montant des intérêts annuels	Solde actuel	Montant des intérêts annuels	
Comptes courants			€	€	€	€	
			€	€	€	€	
Livrets d'épargne			€	€	€	€	
			€	€	€	€	
Contrat de capitalisation			€	€	€	€	
Autres biens mobiliers (exemple : contrat obsèques)			€	€	€	€	
			€	€	€	€	
Total	€	€	€	€	€	€	

/- ASSURANCE VIE

L'intéressé(e) a-t-il (elle) souscrit un ou des contrats d'assurance-vie ? OUI NON

Si oui, remplir le tableau ci-dessous

joindre la copie (facultatif) du ou des contrats

Date de la souscription			
Nom et coordonnées de la compagnie d'assurance			
Montant du capital investi			
Montant actuel du capital			
Nom et coordonnées des bénéficiaires désignés en cas de décès			

/- DONATION

L'intéressé(e) a-t-il consenti une ou des donations depuis moins de 10 ans ? OUI NON

A- Donation de liquidités

Date de la donation <i>(joindre copie des actes)</i>	Montant de la donation	Nom et coordonnées des bénéficiaires de la donation
	€	
	€	
	€	

B- Donation de biens immobiliers

Date de la donation <i>(joindre copie des actes)</i>	Montant de la donation	Nom et coordonnées des bénéficiaires de la donation
	€	
	€	
	€	

Avez-vous un notaire de famille ? OUI NON

Si oui, indiquez les coordonnées :

Si vous ne disposez d'aucune épargne, cochez la case ci-contre

4 - Votre vie au quotidien

Avez-vous des aides en nature ou en espèce de votre famille, de votre entourage, d'association ...?

Aide-ménagère Garde Service d'accompagnement et de soutien Portage de repas

Autres (à préciser) :

Indiquez l'association qui interviendra :

Si non, comment actuellement, remédiez-vous à vos problèmes quotidiens ?.....

Sans préjudice des paiements en restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313-1 à 313-8 du code pénal.

A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements donnés sur cette demande sont exacts.

Je m'engage à signaler tout changement modifiant cette demande.

Si vous avez un représentant (joindre jugement), précisez :

- Sauvegarde de justice**
- Curatelle** Simple Renforcée
- Tutelle**
- Habilitation familiale**

Nom, prénom du tuteur ou entité de l'association chargée de la mesure :

.....

Son adresse :

.....

Le cas échéant, son lien de parenté avec vous :

Son N° de téléphone et son mail :

.....

Le

Votre signature

Ou celle de votre représentant



A LIRE IMPERATIVEMENT

Conséquences de l'admission à l'aide sociale

Les personnes sollicitant le bénéfice d'une prestation d'aide sociale prévue sur ce dossier sont informées que :

Conformément à l'article L 132-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles, des recours sont exercés par le Département, (par l'état, si le bénéficiaire de l'aide sociale n'a pas de domicile de secours) :

a/ contre le bénéficiaire revenu à meilleure fortune ou contre la succession du bénéficiaire ; le recouvrement sur succession des sommes versées au titre de l'aide sociale à domicile s'exerce sur la part de l'actif net excédant 46 000 €. Seules les dépenses supérieures à 760 €, et pour la part excédant ce montant, peuvent donner lieu à récupération,

b/ contre le donataire, lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les dix ans qui ont précédé le demande,

c/ contre le légataire,

d/ à titre subsidiaire, contre le bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie souscrit par le bénéficiaire de l'aide sociale, à concurrence de la fraction des primes versées après soixante-dix ans.

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus indiquées et autorise le Président du Conseil départemental à solliciter auprès des administrations compétentes toute évaluation de mon patrimoine notamment cadastrale.

À _____

Le _____

Signature obligatoire
du demandeur ou de son représentant légal

DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés.
Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi «Informatique et Libertés» du 6 janvier 1978 qui protège les droits et les libertés individuels.
Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

- 1 - Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.
- 2 - En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Conseil départemental.

Pièce à joindre impérativement au dossier dûment complété

- La photocopie du livret de famille, de la carte nationale d'identité, ou d'un passeport de l'Union Européenne, ou un extrait d'acte de naissance ; ou s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité
- La photocopie du jugement de mise sous protection juridique
- La photocopie de la dernière déclaration de revenus et du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu
- Un certificat médical indiquant le nombre d'heures d'aide ménagère nécessaire
- Les justificatifs récents de l'ensemble de vos ressources (*ex : relevé de compte*) et celles de votre conjoint ou concubin ou de la personne avec qui vous avez conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS)
- Toutes les pièces justificatives du patrimoine mobilier et immobilier (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non-bâties, relevé cadastral, relevé et contrat annuel d'assurance-vie et des justificatifs des revenus des capitaux mobiliers et/ou immobiliers (revenus fonciers, etc.)) concernant vous-même et votre conjoint ou concubin ou de la personne avec qui vous avez conclu un pacte Civil de Solidarité (PACS)
- Les justificatifs de l'ensemble des ressources des personnes vivant au foyer et pouvant prétendre, elles aussi, à l'aide-ménagère aux personnes handicapées ou âgées (personnes autres que le conjoint ou le concubin)
- La copie des actes notariés en cas de donation, legs, rente viagère,...

A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT

Dossier reçu au Centre Communal d'Action Sociale/Mairie, le :.....

AVIS MOTIVÉ du Centre Communal d'Action Sociale ou de la Mairie

Avis favorable Avis défavorable

Si avis défavorable, quel en est le motif ?

.....

.....

.....

.....

Le _____ ,

Signature du Président du Centre Communal d'Action Sociale ou du Maire
ou de son Représentant et cachet de l'autorité concernée.