



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

Aide Sociale à l'hébergement en établissement *

Accueil permanent Accueil temporaire (*dans la limite de 90 jours par an*)

1 ère demande

Renouvellement

Révision

Monsieur

Madame

Nom : _____

Prénom : _____

Commune : _____

Canton : _____

* Les demandes d'Aide Sociale à l'hébergement en établissement 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 entrainera 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

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

Préciser s'il s'agit :		Type d'accueil	Qualité
1) de votre domicile personnel	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> avec un accueil de jour dans un établissement <i>(joindre justificatif d'accueil),</i>	
	<input type="checkbox"/> non		
2) d'un établissement : <input type="checkbox"/> foyer de vie (ou occupationnel) <input type="checkbox"/> foyer d'hébergement <input type="checkbox"/> foyer d'accueil médicalisé <input type="checkbox"/> IME	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> accueil permanent <input type="checkbox"/> accueil temporaire <input type="checkbox"/> accueil de jour dans un établissement <i>(pour les personnes hébergées dans un établissement le reste du temps)</i> <i>(joindre justificatif correspondant au type d'accueil)</i>	<input type="checkbox"/> internat <input type="checkbox"/> semi-internat <input type="checkbox"/> externat
	<input type="checkbox"/> non		
3) de l'accueil à domicile par un particulier agréé et à titre onéreux	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> accueil familial <i>(joindre contrat d'accueil)</i>	
	<input type="checkbox"/> non		

/-INFORMATIONS RELATIVES A L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL : (à faire remplir par l'établissement)

L Nom de l'établissement :

L Numéro FINESS : n°

L Prix de journée :

/- ADRESSES PRECEDENTES DU DEMANDEUR (hors hospitalisation et établissement)

Date d'arrivée	N° et rue	Code postal	Commune

Si la date d'arrivée à l'adresse ci-dessus est inférieure à 3 mois, indiquer l'adresse précédente :

Date d'arrivée	Date de départ	N°, rue code postal, commune

N° de téléphone du demandeur :

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 : €

/- RESSOURCES PRINCIPALES

	Nom de l'organisme	Nature du droit DP-DR*(1)	Montant mensuel	
			Demandeur	Conjoint(2)
AAH			€	€
Complément AAH			€	€
Pension d'invalidité			€	€
Traitements et salaires			€	€
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.

/- AUTRES RESSOURCES

	Montant mensuel	
	Demandeur	Conjoint
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/ascendants	€	€
Capital perçu (ex : accident, décès)	€	€
Autres :	€	€
Total des ressources	€	€

➔ Bénéficiez-vous déjà d'une aide pour le règlement des frais d'hébergement ? OUI NON

/- CHARGES Hors frais hébergement en foyer

	Montant mensuel	
	Demandeur	Conjoint
Pensions alimentaires et/ou obligations alimentaires versées	€	€
Loyer (ou crédit) et charges relatifs à l'habitation	€	€
Mutuelle <i>joindre copie</i>	€	€
Tutelle <i>joindre copie</i>	€	€
Autres charges (à préciser)	€	€
Total des charges	€	€

3 - Patrimoine du foyer

BIEN IMMOBILIERS <i>Joindre copie</i> <i>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 estimé 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) at-t-il (elle) souscrit un ou des contrats d'assurance-vie ? OUI NON

Si oui, remplir le tableau ci-dessous et joindre le relevé annuel

Date de la souscription			
Nom et coordonnées de la compagnie d'assurance			
Montant du capital investi			
Montant actuel du capital			

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

Avez-vous un notaire de famille ? OUI NON

Si oui, indiquez les coordonnées :

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
- Habitation 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, un recours est exercé par le Département, (par l'Etat, si le bénéficiaire de l'aide sociale n'a pas de domicile de secours) contre la succession du bénéficiaire. Le recouvrement sur succession des sommes versées au titre de l'aide sociale à l'hébergement s'exerce sans franchise sur l'actif net successoral. Les dispositions relatives aux recours contre la succession du bénéficiaire handicapé ne sont pas applicables lorsque les héritiers sont le conjoint, les enfants, les parents ou la personne qui a assumé de façon effective et constante, la charge de la personne-en situation de handicap. Aucun recours n'est exercé à l'encontre du bénéficiaire revenu à meilleure fortune ni contre le donataire, ni contre le légataire, ni contre le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie.
- Conformément à l'article L 132-9 du Code de l'Action Sociale et des Familles, les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'aide sociale sont grevés d'une hypothèque légale en garantie du recours indiqué ci-dessus.

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
- 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 récents de toutes vos ressources et celles de votre conjoint ou concubin ou de la personne avec qui vous avez conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) (*ex : relevé de compte*).
- Les justificatifs d'entrée et/ou de sortie des établissements le cas échéant
- Les décisions de la CDAPH relatives à l'orientation, le taux d'invalidité et l'AAH.

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.