



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

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

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.

1 - Renseignements concernant le foyer du demandeur

| | Le bénéficiaire | Son conjoint ou concubin |
|--|-----------------|--------------------------|
| 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) | | |
| Profession ou activité | | |
| N° de sécurité sociale | | |
| Etes-vous retraité(e) (préciser le régime de retraite principal) | | |

/ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

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

N° de téléphone ou portable du demandeur :

N° de téléphone ou portable du conjoint :

Concernant l'adresse, il s'agit : du domicile personnel, d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées,

de l'accueil à domicile par un particulier agréé et à titre onéreux.

| Adresses précédentes/ Date d'arrivée | N° et rue | Code postal | Commune |
|--------------------------------------|-----------|-------------|---------|
| | | | |

Date d'arrivée en France (pour les étrangers) :

Êtes-vous hospitalisé(e) dans un établissement de soins ? oui date d'entrée : non

Si oui, dans quel type d'établissement ? (joindre un bulletin de situation)

/ALLOCATION

| Percevez-vous ? (Cochez la case correspondante) | Le bénéficiaire | Son conjoint |
|---|--------------------------|--------------------------|
| L'allocation supplémentaire (ex FNS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'allocation aux Adultes Handicapés (AAH) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne (MTP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La Prestation Complémentaire pour recours à une Tierce Personne (PCRTP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La prestation de compensation du handicap (PCH) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'aide ménagère versée par les caisses de retraite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'aide au logement (ALS ou APL) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Une aide sociale à l'hébergement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Une HAD / Soins palliatifs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

/AUTRES PERSONNES VIVANT DANS LE FOYER

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

2 - Ressources et charges

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

/ - RETRAITES PRINCIPALES

| | Nom de l'organisme | N° de retraite ou d'allocataire | Nature du droit DP-DR*(1) | Montant mensuel | |
|--|--------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------|--------------|
| | | | | Demandeur | Conjoint*(2) |
| Régime général | | | | € | € |
| Mutualité sociale agricole (MSA) | | | | € | € |
| Régime Social des Indépendants (RSI) | | | | € | € |
| Autres caisses de retraites «non salariés» | | | | € | € |
| Régimes spéciaux | | | | € | € |
| Régimes étrangers | | | | € | € |

*(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 | € | € |
| Autre | € | € |

/- RÉMUNÉRATIONS

| | 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) | € | € |

/- AUTRES REVENUS

| | Montant mensuel | |
|---|-----------------|----------|
| | Demandeur | Conjoint |
| Rente viagère | € | € |
| Revenus locatifs, fermage | € | € |
| Revenus du capital mobilier ou immobilier | € | € |
| Rente viagère au titre de l'assurance dépendance | € | € |
| Pensions alimentaires ou concours financiers versés par vos descendants | € | € |
| Capital décès | € | € |
| Indemnité en capital : victime d'accident du travail | € | € |
| Revenus ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu soumis au prélèvement libératoire | € | € |
| Réservé à l'administration | € | € |
| 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) | € | € |
| Réservé à l'administration | € | € |
| Total des charges | € | € |

3 - Patrimoine du foyer et montants d'imposition

BIENS IMMOBILIERS

| Adresse précise | Non bâti <i>Valeur locative indiquée sur le relevé de la taxe foncière</i> | Bâti <i>Valeur locative indiquée sur le relevé de la taxe foncière</i> | Biens ayant fait l'objet d'une donation, d'un partage ou d'une vente dans les 10 ans précédant la demande <i>(Indiquer la date et le bénéficiaire)</i> |
|-----------------|---|---|---|
| | € | € | |
| | € | € | |
| | € | € | |
| | € | € | |

BIENS MOBILIERS ET ÉPARGNE

| Livrets et comptes productifs d'intérêts | | Produits du capital placé Montant | | Montant du capital non productif de revenus | |
|--|----------------------|--------------------------------------|-------------|---|----------|
| Numéro | Montant des intérêts | Actions | Obligations | Numéro | Montant |
| | € | € | € | | € |
| | € | € | € | | € |
| | € | € | € | | € |
| | € | € | € | | € |
| Total | € | € | € | | € |

| Montants d'imposition | |
|---|----------|
| | Montant |
| Impôt sur le revenu | € |
| Taxe d'habitation | € |
| Taxes foncières | € |
| CVAE (Cotisation sur la Valeur Ajoutée des Entreprises) | € |
| Total | € |

Biens mobiliers et capitaux non placés (dont assurance-vie) :

4 - Votre vie au quotidien

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

Aide ménagère Garde Service d'Accompagnement et de Soutien Portage de repas

Autres (à préciser) :

Indiquer le nom des associations ou des services concernés :

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

HABITATION

Êtes-vous ? propriétaire locataire usufruitier

Nombre de pièces (hors cuisine et salle de bains) :

Surface habitable :

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je sousigné(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, précisez :

Sauvegarde de justice Curatelle simple renforcée Tutelle Autres

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

Son adresse :

Le cas échéant, son lien de parenté avec vous :

Éventuellement son N° de téléphone ou de portable :

Si différent de ceux indiqués ci-dessus :

Le courrier est-il à adresser à cette personne ? oui non

Le

Votre signature
ou celle de votre représentant

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 euros. Seules, les dépenses supérieures à 760 €, et pour la part excédant ce montant, peuvent donner lieu à récupération. Le recouvrement sur succession des sommes versées au titre de l'aide sociale à hébergement s'exerce sur la part de l'actif net successoral.
 - b/ contre le donataire, lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les dix ans qui ont précédé la 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.
- 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 des recours indiqués ci-dessus. Toutefois, l'inscription de l'hypothèque légale est supprimée pour les prestations ouvrant droit au seuil de récupération de 46 000 € visées au « a/ » ci-dessus.
- 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, 313-7 et 313-8 du code pénal (article L 135-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

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

Signature obligatoire

du demandeur ou de son représentant légal

Le

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 - Toutes les réponses aux différents questionnaires sont donc obligatoires. Un défaut de réponse entrainera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier ;
- 2 - Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.
- 3 - 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.

Pieces à joindre impérativement au dossier dûment complété

- La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité, ou d'un passeport de la Communauté 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 dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu (pour une demande déposée entre janvier et août de l'année n : fournir l'avis d'imposition ou de non imposition de l'année n-2 ; de septembre à décembre : celui de l'année n-1).
- Toutes pièces justificatives des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties, relevé annuel d'assurance vie...).
- La photocopie de la dernière déclaration de revenus
- Les photocopies des justificatifs de toutes vos ressources de l'année précédant la demande, et de celles de votre conjoint ou concubin ou de la personne avec qui vous avez conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS), le cas échéant, y compris les justificatifs des aides au logement, MTP, AAH, et ex FNS **indiquant les montants perçus**
- Les photocopies des justificatifs des revenus des capitaux mobiliers et/ou immobiliers (revenus des placements financiers, livrets CODEVI, actions, obligations, bons du Trésor, assurance-vie, 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), le cas échéant
- La copie des actes notariés en cas de donation, legs, vente contrat d'assurance-vie, rente viagère,...
- Les justificatifs d'entrée et/ou de sortie des établissements le cas échéant
- La photocopie du jugement de mise sous protection juridique
- Un certificat médical indiquant le nombre d'heures ménagère nécessaire
- Le cas échéant, les justificatifs de l'ensemble des ressources des personnes vivant au foyer et pouvant prétendre, elles aussi, à l'aide ménagère aux personnes âgées (personnes autres que le conjoint ou le concubin)

AVIS MOTIVÉ du Centre Communal d'Action Sociale

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.