

Conseil départemental de l'Ain Direction Générale Adjointe Solidarité

13 avenue de la Victoire - BP 50415 01012 BOURG EN BRESSE Cedex Tél.: 30.01





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

□ Aide n	nénagère à	domicile a	au titre de l'A	Aide Sociale *
□ 1 èı	re demande	□ Renouv	vellement	□ Révision
	ssociation d'aid		•	
		J Monsieur	☐ Mad	ame
	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 entrainera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier

1 - Renseignements concernant le foyer du demandeur

			Le bénéf	iciaire	Conjoint -	concubin - part PACS	enaire de
Nom patronymique	de naissance						
Nom mari	tal						
Prénoms	5						
Date de naissand	ce et lieu						
Nationalité (Française-	- Ressortissant						
de l'union Europée							
Situation de famille (N	larié- Divorcé-						
Veuf- Concubin- PACS	S- Célibataire)						
ADRESSE ACTUELLE Date d'arrivée			git il de voti al, commune			non différente du de	mandeur)
					-		
	-	surface ha	بملمامة: ما				
		NDEUR			 	S'agit-il	
ADRESSE PRECEDEN Date d'arrivée	TE DU DEMA N° et r	NDEUR	Code F		Commune	S'agit-il	de votre personnel
		NDEUR				S'agit-il	de votre
		NDEUR				S'agit-il domicile	de votre personnel NON
Date d'arrivée N° de téléphone et mail Date d'arrivée en Franc	N° et r	ue ue u de la pers sonnes de r	Code F onne à conta nationalité ét	Postal	Commune	S'agit-il domicile □ OUI	de votre personnel NON
- ADRESSE PRECEDEN Date d'arrivée N° de téléphone et mail Date d'arrivée en Franc - AUTRES PERSONNES Nom et prénom	N° et r	ue ue u de la pers sonnes de r	Code F onne à conta nationalité ét	Postal acter : . acter gèr	Commune	S'agit-il domicile □ OUI	de votre personnel NON NON

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

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

/- RETRAITES COMPLÉMENTAIRES

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

/- AUTRES RESSOURCES

	Montan	t 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 dépendante	€	€
Pensions alimentaires versées par vos descendants	€	€
Capital perçu (ex : accident, décès)	€	€
Total des ressources	€	€

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

/- 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	Cochez votre habitation principale					
Joindre copie	Bien n°1	Bien n°2	Bien n°3			
Taxes foncières + relevés cadastraux						
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)						
Revenu foncier (fermage, loyer)	€	€	€			
Valeur estimé du bien	€	€	€			

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

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

/- ASSURANCE VIE L'intéressé(e) a-t-il (elle) so	uscrit un ou des contrat	s d'assurance-vie ? 🗆 OUI 🗆 NON
Si oui, remplir le tableau ci-c		
joindre la copie (facultatif) d		
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 A- Donation de liquidités	i une ou des donations o	depuis moins de 10 ans ? 🗆 OUI 🗆 NON
Date de la donation	Montant de la	Nom et coordonnées des bénéficiaires de la donation
(joindre copie des actes)	donation €	
	€	
	€	
B- Donation de biens imm	obiliers	
Date de la donation (joindre copie des actes)	Montant de la donation	Nom et coordonnées des bénéficiaires de la donation
	€	
	€	
	€	
Avez-vous un notaire de far Si oui, indiquez les coordon		□ NON

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

4 - Votre vie au quotidien

Avez-vous des aides en nature ou en espèce de votre famille, entourage	e, d'association?
□ Aide-ménagère □ Garde □ Service d'accompagnement et d	de Soutien 🗆 Portage de repas
□ Autres (à préciser) :	
Indiquez l'association qui interviendra :	
Si non, comment actuellement, remédiez-vous à vos problèmes quotidies	ns ?
Sans préjudice des paiements en restitution, quicono	
bénéficié ou tente de bénéficier de l'aide sociale, sera articles 313-1 à 313-8 du code p	_
<u>ai licies 313-1 a 313-0 uu coue p</u>	<u>enai.</u>
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.	1
Si vous avez un représentant (joindre jugement), précisez :	
□ Curatelle Simple Renforcée	
□ Tutelle	
□ Habitation familiale	
Nom, prénom du tuteur ou entité de l'association chargée de la mesure :	
	Le
Son adresse :	Votes signature
	Votre signature
	Ou celle de votre représentant
Le cas échéant, son lien de parenté avec vous :	
Son N° de téléphone et son mail :	



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'Etat, 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	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 :

- 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 ménagère nécessaire
Les justificatifs mensuels récents de toutes vos ressources mensuelles (ex : relevé de compte) et de 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, 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 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 favorable ☐ Avis défavorable	
Si avis défavorable, quel en est le motif ?	
Signature du Président du Centre Communal d'Action Sociale ou du Maire ou de son Représentant et cachet de l'autorité concernée.	Le,