

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

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

Monsieur

Madame

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Canton : \_\_\_\_\_

\* Le dossier est 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 ou pacsé
Nom 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 - Pacsé - Célibataire)		
Profession ou activité		
N° de sécurité sociale		
N° de carte d'invalidité		

## /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.

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

## /ADRESSES PRÉCÉDENTES DU DEMANDEUR

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) .....

**Bénéficiez-vous déjà de l'aide ménagère ?**     oui     non     en cours

Si oui, quel organisme vous prend en charge ?

le Conseil départemental au titre de l'Aide Sociale

un autre organisme, lequel ? .....

**Percevez-vous la Prestation Complémentaire pour Recours à une Tierce Personne (PC RTP) ?**     oui (\*)     non     en cours

**Percevez-vous la majoration pour tierce personne servie par la Sécurité Sociale ?**     oui (\*)     non     en cours

(\*)Si oui, joindre la notification d'attribution.

**Pour l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne, quelle est la date d'attribution ?** : .....

## /AUTRES PERSONNES VIVANT DANS LE FOYER

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

## 2 - Ressources et charges

### RESSOURCES

#### RETRAITES

	Nom de l'organisme	N° d'allocataire	Montant mensuel	
			Demandeur	Conjoint
Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)			€	€
Complément AAH en cas de logement indépendant			€	€
Pension d'invalidité			€	€
Majoration pour tierce personne (MTP)			€	€
Prestation Complémentaire pour Recours à une Tierce Personne (PC RTP)			€	€
Rentes accident du travail			€	€
Régimes spéciaux			€	€
Régimes étrangers			€	€
Pensions de retraite			€	€
Autres			€	€

#### RÉMUNÉRATIONS

	Montant mensuel	
	Demandeur	Conjoint
Traitements et salaires	€	€
Indemnités journalières de maladie	€	€
Allocation chômage	€	€
Bénéfice agricole ou commercial (BIC)	€	€

#### AUTRES REVENUS

	Montant mensuel	
	Demandeur	Conjoint
Allocation logement	€	€
Rente viagère	€	€
Revenus locatifs, fermage	€	€
Revenus du capital mobilier ou immobilier	€	€
Pensions alimentaires perçues	€	€
Revenus ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu soumis au prélèvement libératoire	€	€
Autres (à préciser)	€	€
Réservé à l'administration <b>Total des ressources</b>	<b>€</b>	<b>€</b>

#### 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 <b>Total des charges</b>	<b>€</b>	<b>€</b>

### 3 - Patrimoine du foyer et montants d'imposition

#### BIENS IMMOBILIERS

Adresse précise	Non bâti Surface Valeur estimée	Bâti Nature Surface des locaux Valeur estimée	Biens ayant fait l'objet d'une donation, d'un partage ou d'une vente dans les 10 ans précédant la demande (Indiquer la date et le bénéficiaire)
	€	€	
	€	€	
	€	€	
	€	€	

#### 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
	€	€	€		€
	€	€	€		€
	€	€	€		€
	€	€	€		€
<b>Total</b>	<b>€</b>	<b>€</b>	<b>€</b>		<b>€</b>

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

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), 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 successoral excédant 46 000 euros, et dans la limite de la créance de l'aide sociale. Seules, les dépenses supérieures à 760 euros, et pour la part excédant ce montant, peuvent donner lieu à récupération. Ces 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 handicapée.
- 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 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 copie d'une pièce d'identité (livret de famille, carte d'identité, ...)
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu
- La photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties le cas échéant
- Pour les étrangers, la photocopie du titre de séjour (ou en cours de validité)
- La copie des actes notariés en cas de donation, legs, vente contrat d'assurance-vie, rente viagère,...
- La copie des actes notariés de propriété
- Les justificatifs d'entrée et/ou de sortie des établissements le cas échéant
- La photocopie du jugement de mise sous protection juridique
- Les justificatifs de toutes vos ressources de l'année précédant la demande, et de celles de votre conjoint ou concubin le cas échéant, indiquant les montants perçus
- Les 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 le cas échéant
- Un certificat médical indiquant le nombre d'heures ménagère nécessaire
- Le cas échéant, les justificatifs de l'ensemble des ressources des personnes (autres que le conjoint ou le concubin) vivant au foyer et pouvant prétendre, elles aussi, à l'aide ménagère aux personnes âgées ou aux personnes handicapées

### **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.