



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

Aide Sociale à l'hébergement en établissement \*

- 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)

#### /- 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 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

**Obligés alimentaires (Parents, conjoint, enfants, gendres, belles-filles)** Remplir les imprimés d'obligation alimentaire

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Adresses	N° de téléphone et mail

## 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
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)	€	€
<b>Total des ressources</b>	<b>€</b>	<b>€</b>

Bénéficiez-vous déjà d'une aide pour le règlement des frais d'hébergement ? (exemple : sncf)

OUI  NON

## /- CHARGES

Hors frais hébergement EHPAD

	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)	€	€
<b>Total des charges</b>	€	€

**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 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)			€	€	€	€	
			€	€	€	€	
<b>Total</b>	€	€	€	€	€	€	

**/ - 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 du ou des contrats le cas échéant (facultatif)

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 – Informations relatives à l'établissement d'accueil

A FAIRE REMPLIR PAR L'ETABLISSEMENT

/- **Numéro FINESS** : n° .....

/- **Section dans laquelle est hébergé le demandeur à l'aide sociale** :

Unité de Soins Longue Durée (USLD), préciser le nom : .....

EHPAD, préciser le nom : .....

/- **Tarifs journaliers appliqués au demandeur à l'aide sociale** :

• **hébergement** : .....€/jour :  chambre à 1 lit ou  chambre à 2 lits

• **dépendance 5/6** : .....€/jour

**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

**Demande d'admission à l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes de plus de 60 ans possèdent un taux d'incapacité d'au moins 80 % reconnu avant leurs 65 ans ou ayant résidé dans un établissement médico-social spécialisé pour personnes handicapées juste avant leur entrée en EHPAD ou USLD ?**

Suite à la modification de l'article L 344-5-1 du Code de l'action Sociale et des Familles par la loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009, certaines personnes âgées ayant un taux d'incapacité d'au moins 80 % avant leur 65 ans, ou ayant été hébergées en Etablissement d'hébergement pour les personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et Unités de Soins de Longues Durée (USLD) peuvent bénéficier des conditions de l'aide sociale aux personnes en situation d'handicap.

Si vous pensez pouvoir y prétendre, merci de compléter les éléments suivants :

1)- Avez-vous résidé dans un établissement médico-social spécialisé pour personnes handicapées juste avant votre entrée en EHPAD ou USLD ? :

OUI

NON

Si OUI, merci de préciser les coordonnées de cet établissement et les dates de début et de fin de votre séjour :

Type d'établissement (cocher la case correspondante) :

Maison d'accueil Spécialisée

Foyer d'Accueil Médicalisé

Foyer de Vie

Foyer d'Hébergement

Nom de L'établissement : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Commune : .....

Date d'entrée dans cet établissement (JJ/MM/AAAA) :...../...../.....

Date de sortie de cet établissement (JJ/MM/AAAA) :...../...../.....

Merci de joindre copie de la dernière décision de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) concernant l'orientation vers cet établissement.

1)- Bénéficiez-vous actuellement d'au taux d'incapacité d'au moins 80 % reconnu avant vos 65 ans par la MDPH (attribution de la carte d'invalidité) ? :

OUI

NON

Si OUI, merci de joindre la copie de la décision d'attribution de carte d'invalidité de la MDPH en cours de validité.

Pour les personnes de plus de 65 ans, merci de joindre également la décision d'attribution de carte d'invalidité concernant la période antérieure à vos 65 ans.



**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 hébergement s'exerce sans franchise 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.
- L'attribution de l'aide sociale à l'hébergement est subordonnée à la mise en oeuvre de l'obligation alimentaire définie par les articles 205 à 211 du Code civil. Elle met en jeu également la contribution des époux aux charges du mariage mentionnée à l'article 214 dudit Code.

**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- 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 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*).
- La copie des actes notariés en cas de donation, legs, rente viagère,...
- Les justificatifs d'entrée et/ou de sortie des établissements
- L'imprimé spécifique à chaque obligé alimentaire fourni par le CCAS ou la Mairie et complété des justificatifs de situation familiale, des ressources et des charges des intéressés.

**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.