

DOSSIER FAMILIAL D'AIDE SOCIALE

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

L'intéressé habite-t-il le Département depuis plus de 3 mois : OUI NON

AIDES SOLLICITÉES

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HÉBERGEMENT

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Établissement pour personnes âgées | <input type="checkbox"/> Établissement pour personnes handicapées |
| <input type="checkbox"/> Résidence Autonomie | <input type="checkbox"/> Accueil familial |

Date d'entrée :

- Première demande
- Renouvellement
- Révision

RENSEIGNEMENTS ETAT CIVIL

COMPOSITION DU FOYER

1 - LE DEMANDEUR (personne pour laquelle l'aide est demandée)

Nom

Nom de naissance

Prénoms

Date de Naissance Lieu de Naissance

Situation de la Famille :

Célibataire Marié(e) Concubinage Personne ayant conclu un PACS

Veuf (ve) Divorcé(e) Séparé(e) Depuis le :..... /..... /.....

Nationalité

N° de Sécurité Sociale

Est-il en activité ? oui non

2 – LE CONJOINT, CONCUBIN ou PACSE

Nom et prénoms

Nom de naissance

Date de Naissance Lieu de Naissance

n° de Sécurité Sociale

Est-il en activité ? oui non

REPRESENTANT LEGAL OUI NON DEMANDE EN COURS

Si oui, de quel type ? Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle Habilitation familiale
(Joindre le Jugement)

Nom et prénom du tuteur, curateur, personne habilitée

ou nom de l'organisme chargé de la mesure :

EMAIL :@.....

ADRESSE DU DEMANDEUR AVANT L'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT

(joindre un justificatif)

N° :

Bâtiment :

Étage :

Rue :

Code postal :

Commune :

Précisez s'il s'agit

Du domicile (**si oui, précisez**) Locataire Propriétaire Accueilli à titre gracieux

D'une résidence autonomie* (**si oui, précisez le nom**)

De l'accueil par un particulier à domicile à titre onéreux
dans le cadre de la loi 2015-1776 du 28 décembre 2015
(**si oui, précisez le nom et prénom** de l'accueillant familial)

D'autre établissement (**si oui, précisez le nom**)

Date d'arrivée à cette adresse :..... /..... /.....

Adresse précédente (à compléter **impérativement** pour les personnes domiciliées en résidence autonomie*, en famille d'accueil ou autre établissement)

Lieu de résidence du conjoint, concubin ou membre du PACS si différente

** Nouvelle appellation des Logements Foyers issue de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement.*

NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :

ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT :

TYPE D'ACCUEIL **PERMANENT** **TEMPORAIRE** **ACCUEIL DE JOUR**

DATE D'ENTRÉE :

DATE À LAQUELLE L'AIDE SOCIALE EST DEMANDÉE :/...../.....

Bénéficiez-vous d'une autre aide ?

- D'une Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) oui non
 - D'une Prestation de Compensation du Handicap (PCH) oui non
 - D'une Majoration Tierce Personne (MTP) oui non
- (versée par la Sécurité Sociale, votre caisse de retraite)
- D'une Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PC RTP) oui non

Bénéficiez-vous d'une carte d'invalidité ? (Merci de joindre le justificatif) oui non

Avez-vous été reconnu en situation de handicap avec un taux égal ou supérieur à 80% avant l'âge de 60 ans ? oui non

Avez-vous bénéficié d'une reconnaissance d'inaptitude au travail ? (Justification devant apparaître sur la notification de la caisse de retraite principale) oui non

Je soussigné(e), Monsieur, Madame,

agissant en mon nom propre

en ma qualité de représentant légal de Monsieur ou Madame

déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur la présente demande.

Fait à _____ le ____/____/____

Signature du demandeur ou de son représentant légal

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations

RESSOURCES MENSUELLES (joindre les justificatifs)

RESSOURCES	Demandeur	Conjoint (e), concubin(e) ou pacsé(e)
Salaire		
Retraite principale		
Retraite complémentaire		
Pension de réversion		
Allocation Adulte Handicapé		
Pension d'invalidité		
Majoration tierce personne		
Allocation logement		
Revenus fonciers		
Revenus des valeurs mobilières		
Pensions alimentaires		
Majoration de la vie autonome		
Rentes		
Autres		

CHARGES MENSUELLES (joindre les justificatifs)

RESSOURCES	Demandeur	Conjoint (e), concubin(e) ou pacsé(e)
Impôts, Taxes		
Mutuelle		
Responsabilité civile		
Frais de gestion de tutelle		

CAPITAUX MOBILIERS

1 – EPARGNE : livret A, LDD, compte épargne logement, plan épargne logement, valeurs mobilières, obligations, actions

Le demandeur est-il titulaire des comptes oui non *si oui, merci de joindre les justificatifs pour chacun des comptes*

2 – BIENS IMMOBILIERS (maison, appartement, terrain...)

Le demandeur est-il propriétaire de biens immobiliers ? oui non *si oui, merci de joindre les justificatifs pour chacun des biens (taxe foncière et actes notariés)*

3 – ASSURANCE VIE :

Le demandeur a-t-il souscrit à un ou des contrats assurance vie ? oui non *si oui, merci de joindre la copie du ou des contrats*

4 – CONTRAT OBSEQUES :

Le demandeur a-t-il souscrit un contrat obsèques : oui non *si oui, merci de joindre la copie du ou des contrats*

5 – DONATION :

Le demandeur a-t-il consenti une ou des donations dans les 10 dernières années ? oui non

A – Donation de liquidités (préciser la date, le montant et les coordonnées des bénéficiaires de la donation

B – Donation de biens immobiliers (préciser la date, le montant et les coordonnées des bénéficiaires de la donation et joindre la copie de l'acte notarié)

OBLIGATIONS ALIMENTAIRES

Il est fait appel à l'obligation alimentaire en matière d'aide sociale aux personnes âgées. Par contre, il n'est pas fait appel à l'obligation alimentaire en matière d'aide sociale aux personnes handicapées

Sont tenus à l'obligation alimentaire conformément au Règlement départemental d'aide sociale et aux articles 205 et suivants du Code Civil :

- Les enfants
- Les gendres et belles-filles envers leurs beaux-parents sauf si :
 - l'époux qui produisait l'affinité et les enfants issus de cette union sont décédés,
 - les époux sont divorcés.

MEMBRES DE LA FAMILLE TENUS À L'OBLIGATION ALIMENTAIRE

NOM	PRENOM	Date et lieu De naissance	Lien de parenté	Adresse

DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Je soussigné(e) (NOM Prénom)

Demeurant :

Sollicite :

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HÉBERGEMENT

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Établissement pour personnes âgées | <input type="checkbox"/> Établissement pour personnes handicapées |
| <input type="checkbox"/> Résidence Autonomie | <input type="checkbox"/> Accueil familial |
| <input type="checkbox"/> Petite unité de vie | |

Date d'entrée :

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | AIDE MENAGERE A DOMICILE |
| <input type="checkbox"/> | FRAIS DE REPAS |

Conséquences de l'admission à l'aide sociale

Les personnes sollicitant l'aide sociale sont informées des dispositions suivantes :

1 - Le bénéfice de l'aide sociale est un avantage subsidiaire. Ainsi une demande d'aide sociale ne devrait être déposée qu'en cas d'insuffisance de ressources du demandeur et de ses obligés alimentaires ;

2 - Toute demande conduit obligatoirement à procéder à des enquêtes de ressources auprès :

✓ **du demandeur** (revenus professionnels, pensions, retraites, revenus fonciers, revenus immobiliers, valeur en capital des biens non productifs de revenu,...).

✓ **du conjoint et des descendants** du demandeur tels qu'ils sont prévus aux articles 205 et suivants du code civil, pour déterminer le montant de la participation pour laquelle ils sont susceptibles de contribuer.

3 - En application de l'article L132-8 du code de l'action sociale et des familles, des recours en récupération des sommes avancées au titre de l'aide sociale à l'hébergement sont exercés contre :

✓ **Le bénéficiaire de l'aide sociale dont la situation pécuniaire vient à s'améliorer ;**

✓ **Le donataire lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les dix ans qui l'ont précédée**

✓ **A titre subsidiaire, 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 l'âge de soixante-dix ans ;**

✓ **La succession du bénéficiaire de l'aide sociale.** L'aide sociale à l'hébergement est récupérable dès le 1^{er} euro engagé.

4 - En garantie des recours sur successions susmentionnés, des hypothèques légales peuvent être inscrites par le Président du Département sur les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (article L132-9 du code de l'action sociale et des familles);

5 - En application des articles 313.1 à 313.3 du Code Pénal, toute fraude ou fausse déclaration entraîne des poursuites pénales et le recouvrement des prestations indûment perçues.

Les informations recueillies dans ce formulaire, avec votre consentement, font l'objet d'un traitement informatique soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, qui protège les droits et libertés individuels.

Ce traitement informatique est mis en œuvre par le Département de la Seine-Maritime pour la gestion de votre demande d'aide sociale. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement.

Les destinataires des informations collectées sont les services du Département habilités à instruire les dossiers et, le cas échéant, les administrations et organismes conventionnés par celui-ci au vu de leur mission spécifique.

Les informations sont conservées conformément à l'article 1 du décret sus-cité.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de portabilité aux informations qui vous concernent et de définir le sort de vos données après votre décès.

Vous pouvez exercer ces droits par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le délégué à la protection des données – Département de la Seine-Maritime – Quai Jean Moulin – CS 56101- 76101 - Rouen Cedex ou par courriel à dpo@seinemaritime.fr

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS cedex www.cnil.fr)

Je certifie sur l'honneur :

- l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier,
- avoir pris connaissance des conséquences de l'admission à l'Aide Sociale, notamment des sanctions encourues en cas de déclaration inexacte ou incomplète.

Je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

Toutes les réponses sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier. L'absence de dossier complet dans le délai de 6 mois, entraînera le classement sans suite de la demande d'aide sociale.

Je suis informé(e) que les agents des administrations fiscales sont habilités à communiquer aux services du Conseil départemental les renseignements qu'ils détiennent et qui sont nécessaires pour instruire ma demande d'aide sociale.

Je suis informé(e) que le Président de Conseil départemental peut solliciter auprès des organismes et administrations compétentes, toute évaluation de mon patrimoine, notamment cadastral.

A : _____ le _____

Signature du demandeur ou de son représentant légal:

MAIRIE – CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Le Maire, soussigné, certifie que les renseignements fournis ont fait l'objet d'une vérification par le Centre Communal d'Action Sociale. Il atteste qu'à sa connaissance, le demandeur ne possède aucune autre source de revenus.

A

Le

Signature du Maire

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Pièces communes à toutes les demandes

État civil : photocopie	Situation financière	Ressources : justificatifs	Charges : justificatif du montant
Carte d'identité ou carte de résident ou titre de séjour en cours de validité Extrait d'acte de naissance avec mentions marginales	Copie des 3 derniers relevés bancaires	Pensions, retraites, A.A.H, indemnités Pôle Emploi, indemnités Sécurité Sociale, rente accident du travail, rente dépendance versée par la mutuelle ou la compagnie d'assurance, autres...	Mutuelle
	Justificatifs des placements financiers à la date d'entrée dans l'établissement	Notification CAF de l'allocation logement Ou preuve de dépôt suite votre entrée	Responsabilité civile
Jugement si tutelle ou curatelle	Dernier avis d'imposition sur le revenu la taxe foncière		Frais de tutelle

Pièces supplémentaires à fournir :

Établissement pour personnes âgées	Établissement pour personnes handicapées	Hébergement en accueil familial	
Bulletin d'entrée Copie intégrale du (ou des) livrets de famille	Bulletin d'entrée Décision d'orientation de la CDAPH	PA Contrat d'accueil Copie intégrale du (ou des) livrets de famille	PH Contrat d'accueil