



DIRECTION DE L'AUTONOMIE

Nom : _____ Secteur : _____

Commune : _____ Canton : _____

DOSSIER FAMILIAL D'AIDE SOCIALE

pour une vérification rapide de votre déclaration de ressources, vous êtes priés de présenter au Centre Communal d'Action Sociale vos feuilles d'imposition et toutes les pièces qui vous ont permis de remplir le présent dossier.

Les informations recueillies dans ce formulaire, avec votre consentement, font l'objet d'un traitement informatique 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

Toutes les réponses sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.

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)

DA

DIRECTION DE L'AUTONOMIE

réservé à l'Administration

D _____ CANTON _____

N° DE DOSSIER : _____

COMMUNE _____

DATE D'OUVERTURE _____

Jour Mois An

DOSSIER FAMILIAL D'AIDE SOCIALE

	LE CHEF DE FAMILLE OU LE DEMANDEUR	SON CONJOINT OU CONCUBIN
NOM		
PRÉNOM		
Date et lieu de naissance		
Nationalité <i>pour les étrangers domicile de secours</i>		
Situation de famille		
Profession ou activité		
Nom, adresse de l'employeur		
N° de Sécurité Sociale		
Sauvegarde de justice ; curatelle ; tutelle. <i>(dans ce cas joindre le jugement)</i>		
Nom, adresse de l'organisme de tutelle ou de curatelle		

ADRESSE ACTUELLE

Date d'arrivée	N° et voie	Commune	Code postal et bureau distributeur

ADRESSES PRÉCÉDENTES

Date arrivée	Date départ	N° et voie	Commune	Département

COMPOSITION DU FOYER FISCAL

NOM - PRÉNOM	ANNÉE DE NAISS.	PARENTÉ AVEC LE DEMANDEUR	MONTANT IMPOSITION			
			Impôts sur le revenu	Taxe d'habitation	Taxes foncières	Taxe professionnelle
le demandeur		////				
Personnes à charge						

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

A _____, le _____

Signature du demandeur ou de son représentant légal,

DISPOSITIONS EN CAS DE DÉCLARATIONS INCOMPLÈTES OU ÉRRONÉES
La décision d'admission à une prestation d'aide sociale prise sur la base de déclarations incomplètes ou erronées peut être révisée avec remboursement des sommes indûment perçues le cas échéant.

(Code de l'Action Sociale et des Familles - Article R. 131-4)

DOSSIER FAMILIAL D'AIDE SOCIALE

Date d'ouverture _____

le demandeur (*Nom et prénom*) _____

MEMBRES DE LA FAMILLE TENUS A LA DETTE ALIMENTAIRE

NOM - PRÉNOM Conjoints - Pères - Mères - Enfants - Petits enfants Gendres - Belles filles	ANNÉE DE NAISS.	PARENTÉ	PROFESSION	ADRESSE PRÉCISE	REVENU ANNUEL à remplir par l'administration

CAPITAL DU FOYER

A - BIENS IMMOBILIERS			B - BIENS MOBILIERS ET ÉPARGNE			
Adresse précise			LIVRETS ET COMPTES productifs d'intérêts		CAPITAL PLACÉ	
Coordonnées éventuelles du Notaire			Numéro		Nature	Actions
			Montant		Montant	
NON BÂTI	Surface		C - BIENS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DONATION, PARTAGE OU VENTE, dans les 10 ans précédant la demande (Nature et lieu des biens, nom et adresse des bénéficiaires, valeur déclarée, date, nom du notaire, clause, valeur annuelle).			
	Nature					
BÂTI	Nombre de pièces					
	Surface des locaux					
	Valeur estimée					
EXPLOITATIONS		RAISON SOCIALE ET ADRESSE				
N° SIREN	CHEPTEL - Nature - Quantité	SUPERFICIE	CHIFFRE D'AFFAIRES des 12 derniers mois	VALEUR ESTIMÉE DU FONDS	MONTANT DU LOYER	NOMBRE OUVRIERS - Permanents - Saisonniers
COMMERÇANTS ET ARTISANTS	PROPRIÉTAIRE ○ LOCATAIRE ○	////	////			
EXPLOITANTS AGRICOLES	FERMIER ○ MÉTAYER ○ GÉRANT ○			////		

LEURS RESSOURCES

NATURE ET MONTANT ANNUEL DES REVENUS					CHARGES MENSUELLES	
Salaire ou bénéfice déclaré	Allocations diverses	Pensions et retraites dont pensions d'invalidité versées par la CPAM	Revenus du capital, rentes viagères en faveur de la personne handicapée, etc...	TOTAL	Loyer et charges relatifs à l'habitation :	
					Obligations alimentaires :	
					Autres charges :	
					RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES	
					Contrat obsèques	
					Contrat d'assurance Vie	

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 revenu.

A _____, le _____

Signature du Maire,

Cachet,