

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE

COMMUNE DE :

NOM et PRENOM :

(De la personne pour laquelle l'aide est demandée)

DATE DE NAISSANCE :

AIDES SOLLICITEES :

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HEBERGEMENT

Établissement pour personnes âgées

Établissement pour personnes handicapées

Foyer logement

Résidence autonomie

Petite unité de vie

Accueil familial

Date d'entrée :

AIDE MENAGERE A DOMICILE

Nom du prestataire choisi ayant signé un CPOM (voir listing) :

FRAIS DE REPAS

Première demande

Renouvellement

Révision

Numéro de classothèque :

ETAT CIVIL

| | Le demandeur | Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) | |
|---------------------|---|--|--|
| Nom de naissance | | | |
| Nom marital | | | |
| Prénom | | | |
| Date de naissance | | | |
| Lieu de naissance | | | |
| Situation familiale | <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> veuf ou veuve | <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> célibataire | <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) |
| CAF | | | |

PERSONNES A CHARGE :

| NOM et Prénom | Date de naissance | Lien de parenté |
|---------------|-------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

REPRESENTANT LEGAL : OUI NON *(joindre obligatoirement le jugement de tutelle)*

Coordonnées du tuteur :

ADRESSE DE LA PERSONNE POUR LAQUELLE L'AIDE EST DEMANDEE

N° ET VOIE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

Précisez s'il s'agit :

- d'un domicile privé
- de l'établissement d'hébergement (joindre le bulletin d'entrée)
- de l'accueil chez un particulier à domicile à titre onéreux

ADRESSES PRECEDENTES (à remplir impérativement)

Date d'arrivée : Date de départ :

N° ET VOIE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

RESSOURCES MENSUELLES (joindre justificatifs)

| RESSOURCES | Demandeur | Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) |
|--------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| Salaire | | |
| Retraite principale | | |
| Retraite complémentaire 1 | | |
| Retraite complémentaire 2 | | |
| Retraite complémentaire 3 | | |
| Retraite complémentaire 4 | | |
| Retraite complémentaire 5 | | |
| Pension de réversion | | |
| Allocation adulte handicapé | | |
| Pension d'invalidité | | |
| Majoration tierce personne | | |
| Allocation logement | | |
| Revenus fonciers | | |
| Revenus des valeurs mobilières | | |
| Pensions alimentaires | | |
| Fermages | | |
| Rentes | | |
| Autres | | |

CHARGES MENSUELLES (joindre justificatifs)

| Charges | Demandeur | Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) |
|-----------------------------|-----------|--------------------------------------|
| Impôt foncier | | |
| Mutuelle | | |
| Responsabilité Civile | | |
| Frais de gestion de tutelle | | |

CAPITAUX MOBILIERS

1 - Epargne :

(livret A, livret de développement durable, compte épargne logement, plan d'épargne logement, valeurs mobilières, obligations, actions.....)

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

| Intitulé du livret ou compte épargne | Coordonnées de l'établissement bancaire | Numéro de compte | Solde au jour de la demande | Coordonnées des personnes ayant une procuration sur le compte | | |
|--------------------------------------|---|------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------|
| | | | | Nom et prénom | Adresse et numéro téléphone | Lien de parenté |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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*

| Nature du bien (maison, appartement, terrain) | Adresse complète du bien | Nom et adresse du notaire ayant établi l'acte | Mode acquisition du bien (achat, donation, succession) | Régime de propriété (totale, usufruit, indivision...) |
|--|--------------------------|--|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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*

| 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 |
|----------------------------|---|-------------------------------|------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |

4 - Donation :

Le demandeur a-t-il consenti une ou des donations ? oui non

A - Donation de liquidités

| Date de la donation | Montant de la donation | Nom et coordonnées des bénéficiaires de la donation | Nom et adresse du notaire si la donation a été consentie devant un notaire (joindre la copie de l'acte) |
|---------------------|------------------------|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

B - Donation de biens immobiliers

| Date de la donation | Montant de la donation | Nom et coordonnées des bénéficiaires de la donation | Nom et adresse du notaire (joindre la copie de l'acte) |
|---------------------|------------------------|---|--|
| | | | |
| | | | |

DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Je soussigné(e) (NOM Prénom) :

Demeurant :

.....

Sollicite :

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HEBERGEMENT

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

Date d'entrée :

AIDE MENAGERE A DOMICILE

Nom du prestataire :

FRAIS DE REPAS

Conséquences de l'admission à l'aide sociale :

Conformément à l'article L 132-8 et L 344-5 du code de l'action sociale et des familles, des recours sont exercés par le Département contre :

- **la succession du bénéficiaire** : Les recours sont exercés au 1er euro dans la limite de 90% de l'actif net successoral et du montant de la créance.
- **le donataire** : Les recours sont exercés au 1er euro dans la limite du montant de la donation et de la créance. Seules sont concernées les donations intervenues postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les 5 ans qui ont précédé cette demande.
- **le légataire** : Les recours sont exercés au 1er euro dans la limite du montant du legs et de la créance
- **Assurance-vie** Un recours sera exercé 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 l'âge de soixante-dix ans.

Particularité pour les personnes handicapées : En matière d'aide sociale à l'hébergement des personnes handicapées, le recours sur succession ne sera pas exercé si les héritiers sont le conjoint, les enfants, les parents, la personne qui a assumé de façon effective et constante la charge du bénéficiaire de l'aide sociale. Le recours ne sera pas exercé sur le légataire, le donataire ou le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-

Conformément à l'article L 132-9 du code de l'action sociale et des familles, le Président du Département de l'Isère peut inscrire une hypothèque sur les immeubles appartenant aux bénéficiaires d'aide sociale afin de garantir les recours en récupération des sommes avancées au titre des frais d'hébergement des personnes âgées et ceux des personnes handicapées en l'absence de conjoint et d'enfants. ▽

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 libertés individuels.

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.

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:

Par référence à l'article 441-6 du code pénal :

Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Est puni des mêmes peines le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu.

MAIRIE- CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Avis motivé du Maire ou du C.C.A.S :

.....
.....
.....
.....

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

A : le :

Signature du Maire et cachet :

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

Pièces communes à toutes les demandes :

| Etat 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 | copie des 3 derniers relevés bancaires | pensions, retraites, A.A.H, indemnités Pôle Emploi, indemnités Sécurité Sociale, rente accident du travail, autres... | mutuelle |
| copie intégrale du (ou des) livrets de famille | justificatifs des placements financiers | Notification CAF de l'allocation logement Ou preuve de dépôt suite à 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 | bulletin d'entrée | contrat d'accueil |
| S'il y a lieu, justificatif du taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 80% reconnu avant l'âge de 65 ans par la CDAPH | | |