

Commune : _____

Nom : _____

DE LA PERSONNE POUR LAQUELLE L'AIDE EST DEMANDÉE

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

AIDES SOLLICITÉES

☐ 1^{ère} demande

☐ Renouvellement

☐ Révision

☐ **Prise en charge des frais d'hébergement**

☐ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

☐ Résidence autonomie

☐ Foyer d'hébergement pour travailleur ESAT

☐ Foyer de vie en : ☐ internat ☐ accueil de jour

☐ Foyer d'accueil médicalisé en : ☐ internat ☐ accueil de jour

☐ Accueil familial

☐ Amendement creton

Date d'entrée : ____ / ____ / ____

☐ **Aide ménagère à domicile** (JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MÉDICAL ET REMPLIR L'ANNEXE 2)

Nom du prestataire choisi : _____

• **L'aide sociale a un caractère subsidiaire.**

Elle est soumise à l'obligation alimentaire et au devoir de secours.

• **L'aide sociale est une avance.**

Le Département est amené à décider de recours contre la succession, le donataire, le légataire et en cas de retour à meilleure fortune.

Dossier de demande d'aide sociale



Hautes-Alpes
le département

CLASSOTHEQUE

État civil

	Demandeur	Conjoint.e, concubin.e, pacsé.e
Nom de naissance		
Nom marital		
Prénom		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Nationalité		
N° CAF		
Téléphone		
Adresse électronique		
Situation familiale	☐ marié(e) ☐ concubin(e) ☐ pacsé(e) ☐ veuf/veuve ☐ célibataire ☐ divorcé(e)	

ADRESSE DE RÉSIDENCE PRINCIPALE

N° et voie

Code postal / Commune _____

☐ domicile privé ☐ accueillant familial

☐ établissement ☐ accueil chez un particulier

ADRESSE DE RÉSIDENCE PRÉCÉDENTE

N° et voie

Code postal / Commune _____

Date d'arrivée _____ / _____ / _____

Date de départ _____ / _____ / _____

PERSONNES À CHARGE

NOM et Prénom	Date de naissance	Lien de parenté

REPRÉSENTANT LÉGAL

(JOINDRE LE JUGEMENT DU TRIBUNAL JUDICIAIRE)

Nom, prénom, adresse, mail, téléphone du représentant légal

RÉFÉRENT OU PERSONNE À CONTACTER

Nom, prénom, adresse, mail, téléphone de la personne référente

Étude de la situation financière

RESSOURCES MENSUELLES (JOINDRE LES JUSTIFICATIFS)

	Demandeur	Conjoint.e, concubin.e, pacsé.e
Salaire		
Allocation Logement		
Retraite principale		
Retraites complémentaires		
Pension de réversion		
Allocation Adulte Handicapé		
Pension d'invalidité		
Majoration Tierce Personne		
Revenus immobiliers		
Revenus mobiliers		
Pensions alimentaires		
Rentes (détailler)		
Fermages ou usufruits		
Autres (détailler)		

DEMANDE DE DÉDUCTION DE CHARGES MENSUELLES (JOINDRE LES JUSTIFICATIFS)

	Demandeur	Conjoint.e, concubin.e, pacsé.e
☐ Mutuelle		
☐ Frais de tutelle / curatelle		
☐ Taxe d'habitation / Taxe foncière		
☐ Autres (détailler)		

Biens et placements

RENSEIGNEMENTS POUVANT ÊTRE COMPLÉTÉS SUR FEUILLE LIBRE SI BESOIN

CAPITAUX MOBILIERS

JOINDRE LES JUSTIFICATIFS POUR CHACUN DES COMPTES

(LIVRET A, LIVRET DE DÉVELOPPEMENT DURABLE, COMPTE ÉPARGNE LOGEMENT, VALEURS MOBILIÈRES, OBLIGATIONS, ACTIONS, ETC.)

Intitulé				
Adresse établissement				
Numéro compte				
Solde au jour de la demande				
PERSONNE AYANT PROCURATION	NOM, Prénom			
	Adresse, Téléphone			
	Lien de parenté			

DONATIONS DE BIEN MOBILIERS

JOINDRE LES JUSTIFICATIFS

Date de la donation		
Montant de la donation		
Nom, prénom, adresse des bénéficiaires		
Nom et coordonnées du notaire le cas échéant		

BIENS IMMOBILIERS

JOINDRE LES JUSTIFICATIFS

(MAISONS, APPARTEMENTS, TERRAINS, ETC.)

Nature du bien			
Adresse			
Notaire associé à l'acte			
Acquisition (achat, succession, donation...)			
Régime (total, usufruit, indivision...)			

DONATIONS DE BIENS IMMOBILIERS JOINDRE LES JUSTIFICATIFS

Date de la donation		
Montant de la donation		
Nom, prénom, adresse des bénéficiaires		
Nom et coordonnées du notaire le cas échéant		

ASSURANCES-VIE, ASSURANCES DÉCÈS, ASSURANCES OBSÈQUES JOINDRE LES JUSTIFICATIFS

Date de la souscription			
Nom et coordonnées de la compagnie d'assurance			
Montant du capital investi			
Montant actuel du capital			
Noms et coordonnées des bénéficiaires désignés			

VENTES JOINDRE LES JUSTIFICATIFS

Date de la vente		
Montant de la vente		
Détails des biens vendus		
Nom et coordonnées du notaire le cas échéant		

Obligation alimentaire

MEMBRES DE LA FAMILLE TENUS À LA DETTE ALIMENTAIRE (PARENTS, ENFANTS, CONJOINT)

À remplir uniquement dans le cadre d'une demande d'aide sociale à l'hébergement ou famille d'accueil pour les personnes âgées.

Nom, prénom			
Date de naissance			
Situation familiale			
Lien de parenté			
Adresse complète			
Téléphone, mail...			

Nom, prénom			
Date de naissance			
Situation familiale			
Lien de parenté			
Adresse complète			
Téléphone, mail...			

INFORMATIONS SUR LA PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL ET SUR LES MODALITÉS DE VÉRIFICATION DES INFORMATIONS

(voir annexe 1 à conserver)

Je certifie sur l'honneur :

- ☐ l'exactitude de tous les renseignements figurant dans le présent dossier ;
- ☐ avoir reçu le document attestant des conséquences à l'admission à l'Aide Sociale et informant sur la protection des données à caractère personnel ;
- ☐ avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de déclaration inexacte ou incomplète.
Je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature du demandeur
ou de son représentant légal :

Mairie ou Centre Communal d'Action Social

Date de dépôt ____ / ____ / ____

Avis motivé du Maire ou du Président.e de CCAS

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 que ceux déclarés au dossier.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature et cachet :

Avant de demander l'Aide sociale du Département, pensez à faire valoir vos droits auprès des organismes qui gèrent les prestations suivantes :

- | | |
|---|---|
| ☐ Aide au Logement (APL), | ☐ Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), |
| ☐ Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA), | ☐ Pension d'invalidité, |
| ☐ Aide à la Complémentaire Santé (ACS), | ☐ Rente viagère et usufruit |
| ☐ Pension de réversion, | ☐ Rente servie par les compagnies d'assurance (handicap) |

Liste des pièces à joindre à votre demande (VOIR ANNEXE 1)

ÉTAT CIVIL

- ☐ dossier daté, signé, cacheté par le CCAS ou la Mairie
- ☐ carte d'identité ou ☐ carte de résident ou ☐ carte de séjour en cours de validité
- ☐ copie intégrale du ou des livrets de famille ☐ jugement tutelle ou curatelle le cas échéant
- ☐ justificatifs de domicile sur les 3 derniers mois avant l'entrée en établissement
- ☐ attestation d'élection du domicile en CCAS

SITUATION FINANCIÈRE

- ☐ justificatifs des pensions, retraites, AAH, toute indemnité, rente, allocation logement, etc.
- ☐ dernier avis d'imposition et déclaration de revenus ☐ tous les justificatifs liés aux charges

BIENS ET PLACEMENTS

- ☐ copie des relevés bancaires sur les deux dernières années pour les premières demandes (si renouvellement, fournir les 12 derniers mois)
- ☐ intégralité des placements financiers
- ☐ contrat de souscription d'assurance-vie, décès, obsèques
- ☐ relevés de taxes foncières, d'habitation, etc.
- ☐ si donation, fournir l'acte intégral de la ou des donations

PIÈCES COMPLÉMENTAIRES

Hébergement personnes âgées

- ☐ bulletin d'accueil en établissement ou contrat de séjour
- ☐ attestation "Allocation Logement" ou rejet
- ☐ formulaire d'enquête sur l'obligation alimentaire

Hébergement personnes handicapées

- ☐ bulletin d'accueil en établissement ou contrat de séjour
- ☐ attestation "Allocation Logement" ou rejet
- ☐ justificatif d'orientation de la CDAPH
- ☐ justificatif du taux d'incapacité permanent $\geq$ à 80 % reconnu avant l'âge de 65 ans

Aide-ménagère

- ☐ certificat médical ☐ fiche de demande d'aide-ménagère le cas échéant (annexe 2)

Dossier incomplet

Le service d'instruction d'aide sociale départementale renverra le dossier incomplet au Centre Communal d'Action Sociale ou à la mairie du domicile de secours si le défaut de production d'une ou plusieurs pièces peut être imputé à la mauvaise volonté du demandeur ou à une négligence du bureau chargé de la complétude des dossiers d'aide sociale ; Si le Centre Communal d'Action Sociale ou la mairie du domicile de secours peut fournir une justification de la non-complétude du dossier de demande d'aide sociale, le dossier peut être étudié pour instruction par le département.

Ce dossier est à retourner à l'adresse :

Département des Hautes-Alpes
Hôtel du Département
Service Gestion des établissements et services
Place Saint-Arnoux - CS 66005
05008 GAP CEDEX