

PARTIE À REMPLIR UNIQUEMENT POUR TOUTE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN EHPAD PAR L'AIDE SOCIALE POUR LES PERSONNES DE PLUS DE 65 ANS OU 60 ANS EN CAS D'INAPTITUDE AU TRAVAIL

DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Cadre réservé au CCAS
(à compléter impérativement par ce dernier)

Date de dépôt ou de réception au CCAS
(le cas échéant à la mairie)
du présent dossier : ... / ... / ...

Celui-ci est-il arrivé :
 complet incomplet

Tampon & signature du CCAS :

Nom et prénom du demandeur :

Commune :

Canton :

À joindre impérativement à votre demande :

- copie du livret de famille, carte d'identité ou titre de séjour en cours de validité pour les ressortissants hors UE
- justificatifs de ressources du demandeur et le cas échéant, de son conjoint (3 derniers bulletins de salaire, attestations des caisses de retraite récentes (moins de 3 mois), allocations chômage, CAF...)
- dernier avis d'imposition du demandeur et le cas échéant, de son conjoint
- contrats d'assurance-vie
- Le cas échéant :
 - jugement de mise sous tutelle
 - justificatif du montant des frais de tutelle ou curatelle

POUR LES DEMANDES DÉPOSÉES PAR UNE PERSONNE HANDICAPÉE, joindre également :

- les décisions prises par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) : orientation vers un établissement ou service, accord ACTP, carte d'invalidité...
- le formulaire « notice de renseignements » en cas d'hébergement en structure

POUR LES DEMANDES D'AIDE-MÉNAGÈRE :

- la fiche individuelle complétée par le CCAS
- un certificat établi par le médecin traitant précisant le nombre d'heures nécessaires par mois ainsi que la durée de prise en charge

POUR LES DEMANDES DE PRISE EN CHARGE EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES :

- un RIB (si la structure est non ou partiellement conventionnée à l'aide sociale).
- Le cas échéant :
 - la copie du plan de surendettement
 - taxes foncières pour l'ensemble des biens immobiliers détenus
 - justificatif d'allocation logement
 - justificatif de complémentaire santé
 - justificatif de responsabilité civile

À COMPLÉTER PAR L'ADMINISTRATION
N° DE DOSSIER :

**DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE DE LA SOLIDARITÉ
DIRECTION DE L'AUTONOMIE**
Bât. F2 - 17, avenue Pierre Mendès France
BP 10519 - 14035 Caen cedex 1
Service maintien à domicile : 02 31 57 16 11
Service vie en établissement : 02 31 57 17 18
Fax : 02 31 57 16 16



RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX COTISATIONS D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- Le demandeur relève :
- d'une prise en charge au titre de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)⁽¹⁾ ? OUI NON
 - d'une aide à l'acquisition d'une Couverture Maladie Complémentaire⁽¹⁾ ? OUI NON
 - d'un contrat d'Assurance Maladie Complémentaire ? OUI NON

Si oui, précisez les références de l'organisme :

Le montant mensuel des cotisations⁽²⁾ :

⁽¹⁾ Dans tous les cas, joindre le (ou les) justificatif(s) correspondant(s) à la situation concernée, notamment l'accord (ou le refus) notifié par la Caisse d'Assurance Maladie.
⁽²⁾ Joindre la dernière facture.

NOTE A L'ATTENTION DES DEMANDEURS DE L'AIDE SOCIALE

Les personnes sollicitant le bénéfice d'une prestation relevant de l'aide sociale sont informées que :

- 1) Conformément à l'article L132-8 du code de l'action sociale et des familles, des recours peuvent être exercés par le Département à l'encontre de la succession du bénéficiaire dans les conditions suivantes :**
- sur l'actif net successoral supérieur à 46 000 € pour les aides à domicile.
 - au premier euro de l'actif net successoral pour les différentes formes d'hébergement (établissement pour adultes handicapés, maison de retraite, long séjour, famille d'accueil).

Il est à noter, concernant les personnes handicapées, que le recouvrement sur succession des avances consenties par le Département n'est pas exercé si les héritiers sont le conjoint, les enfants, les parents ou la personne qui a assumé de façon effective et constante la charge du bénéficiaire. De même, les sommes versées au titre de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (A.C.T.P) ne font plus l'objet de récupération sur succession (art. 95 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005).

- 2) 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 peuvent être grevés d'une hypothèque légale en garantie des recours indiqués ci-dessus.**
- 3) Sans préjudice des poursuites en restitution, quiconque aura frauduleusement perçu ou tenté de percevoir des prestations au titre de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du code pénal.**

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter à la Direction de l'Autonomie : le Service Vie en établissement au 02 31 57 17 18
le Service Maintien à domicile au 02 31 57 16 11

Je soussigné (e),
déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus indiquées. Je reconnais avoir été avisé(e) de la possibilité pour le président du Département de solliciter auprès des administrations compétentes tout renseignement relatif à mon patrimoine notamment immobilier.

Je certifie en outre sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

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.

À, le À, le

Signature du demandeur ou, le cas échéant, de son tuteur Signature du Maire, Cachet,

DS11102952

Tout renseignement concernant les ressources et les charges consignés dans ce dossier doit faire l'objet de la présentation des pièces justificatives correspondantes.
Tout dossier pour lequel les nom de naissance, nom actuel, prénom, date de naissance et adresse concernant le demandeur ou le conjoint ne sont pas renseignés, sera retourné au C.C.A.S.

TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'instruction et au suivi des demandes d'aide sociale ou de prestations aux personnes âgées et handicapées. Les destinataires de données sont : la Direction de l'Autonomie, la Mairie (C.C.A.S) du lieu de résidence et le cas échéant la circonscription d'action sociale, la M.D.P.H., d'autres organismes en charge du versement de prestations sociales.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, vous pouvez écrire au délégué à la protection des données (DPD) du Département du Calvados - BP 20520 - 14035 CAEN CEDEX 1 ou envoyer un courriel à : BP_ref-cnll@calvados.fr, sous réserve de dûment justifier de votre identité en joignant une copie d'un titre officiel d'identité à votre demande.

Vous êtes informé de la possibilité d'introduire une réclamation relative au traitement de vos données à caractère personnel auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) : www.cnil.fr 3, place de Fontenoy - 75007 PARIS

DEMANDE D'AIDE SOCIALE

1ère demande Révision Renouvellement

PRESTATIONS SOLLICITÉES

ACTP Aide-ménagère SAVS-SAMSAH Service d'accompagnement et de suivi en logement autonome (SASLA)
 Accueil de jour Prise en charge en établissement (EHPAD, foyer...) Accueil familial

LE DEMANDEUR

NOM actuel (1)
 Prénom
 Date et lieu de naissance
 N° Tél
 Mail
 Nationalité National UE Hors UE
 Situation de famille Seul En couple

SON CONJOINT OU CONCUBIN

.....

 Nationalité National UE Hors UE

ADRESSE DU DEMANDEUR

Date d'arrivée N° et voie Commune Code postal

ADRESSES PRÉCÉDENTES (à renseigner impérativement) :

Date d'arrivée / Date de départ N° et voie Commune Code postal

Date d'arrivée en France (pour les étrangers) : / /

LE TUTEUR / CURATEUR

NOM et Prénom ou Organisme / Date de naissance
 Adresse
 Tél. Mail.....
 Le protégé contribue-t-il financièrement à la mesure de protection ? OUI NON Montant mensuel : € (joindre un justificatif)

PERSONNES À CHARGE (2)

NOM ACTUEL(1)	PRÉNOM	Date de naissance	Parenté avec le demandeur	RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE	
				Montant du revenu imposable	Adresse précise (si différente de celle du foyer)

MEMBRES DE LA FAMILLE TENUS À L'OBLIGATION ALIMENTAIRE

NOM Prénom	Date de naissance	Parenté avec le demandeur	Adresse précise

(1) Indiquer le nom de naissance s'il est différent du nom actuel (2) Y compris le conjoint ou concubin

CAPITAUX PLACÉS IMPOSABLES OU NON DU FOYER

PRODUITS	Établissement Financier	CAPITAL	INTÉRÊTS (perçus ou capitalisés)
Compte courant			
Livret d'Épargne • A (1er livret) • B (2ème livret)			
Livret d'Épargne Populaire (LEP)			
CODEVI			
Plan ou Compte d'Épargne Logement (PEL ou CEL)			
Bons d'épargne Bons de caisse Bons de capitalisation Bons anonymes			
Épargne Assurance-Vie Le contrat est-il souscrit au titre du handicap ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si non, merci de préciser : • la date de souscription : / / • N° de contrat : • les nom(s), prénom(s) et coordonnées postales du ou des bénéficiaire(s) du contrat :			
Plan d'Épargne Populaire (PEP)			
Obligations Actions Sicav Fonds communs de placement			
Autres (à préciser)			
TOTAL			

Dans les 10 ans précédant cette demande, avez-vous procédé à :
Un leg Oui Non **Une donation** Oui Non
 Si oui, merci d'indiquer les nom, prénom et coordonnées postales des bénéficiaires ainsi que la nature et le montant des biens concernés

BIENS IMMOBILIERS DONT LE DEMANDEUR EST PROPRIÉTAIRE (joindre la taxe foncière correspondante)

BÂTI NATURE..... ADRESSE PRÉCISE
 NON BÂTI NATURE..... ADRESSE PRÉCISE

RESSOURCES DU DEMANDEUR ET DE SON CONJOINT OU CONCUBIN (4)

NATURE ET MONTANT			
Salaire ou bénéfice déclaré	Allocations diverses (chômage, AAH,...)	Pensions / retraites / rentes	Allocation logement

(4) Préciser la fréquence (M = mensuel, T = trimestriel, A = annuel) pour les ressources ponctuelles, préciser les dates