

DEMANDE D'AIDE SOCIALE

ÉTAT-CIVIL DU OU DES DEMANDEURS

Demandeur

Conjoint / demandeur oui non

Nom d'usage _____

Prénom _____

Nom de famille _____

(nom de naissance)

Date et lieu de naissance _____

Situation de famille _____

Nationalité Française

Ressortissant U.E.

Autres

Date d'arrivée en France _____

	Adresse actuelle Demandeur	Adresse actuelle Conjoint	Adresses précédentes
Date d'arrivée	_____	_____	_____
N° et voie	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Code postal	_____	_____	_____
Commune	_____	_____	_____

Notre adresse actuelle est-elle celle :

du domicile

propriétaire

locataire

de l'établissement

d'un accueil familial à titre onéreux

N° de téléphone _____ e-mail _____

Caisse de retraite principale _____

N° pension et adresse _____

Personnes vivant au foyer _____



Demandeur Conjoint /
demandeur oui non

Avantage(s) sollicité(s)	1 ^{re} demande - Renouvellement (cocher la mention utile)	1 ^{re} demande - Renouvellement (cocher la mention utile)
APA à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APA en établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APA en accueil familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services ménagers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocation placement familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hébergement en établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portage de repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renouvellement ACTP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Référent à contacter en cas de besoin

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Tél. _____ e-mail _____

Qualité parent _____ (lien de parenté) représentant légal : sauvegarde de justice tutelle curatelle autre _____

Avantages déjà accordés par d'autres organismes

- Majoration tierce personne (pension d'invalidité 3^e catégorie) Prestation de compensation du handicap
- Rente viagère souscrite contre le risque de perte d'autonomie Services ménagers pris en charge par une caisse de retraite
- Allocation compensatrice pour tierce personne

Ressources du foyer

(année civile précédant la demande pour l'APA et l'année en cours pour les autres demandes)

Demandeur

Nature (salaire, retraite, rente, pension, perçues actuellement)	Organisme payeur (indiquer le régime de retraite principal et la complémentaire)	Montant (préciser si le montant est mensuel ou trimestriel)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Votre conjoint (ou concubin ou personne ayant conclu un PACS)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Biens immobiliers (revenus de location d'immeubles ou terres)

Nature du bien	Localisation	Valeur locative brute	Montant annuel des loyers ou fermages

Biens mobiliers et épargne (revenus de capitaux)

Nature du capital	Montant	Intérêts annuels

Donations - joindre acte de donation et adresse(s) actualisée(s) du ou des donataire(s)

Assurance vie - joindre copie du ou des contrat(s) en intégralité

Membres de la famille

tenus à la dette alimentaire

(parents, grands-parents, beaux-parents, enfants, petits-enfants, gendres, belles-filles)

Uniquement pour l'hébergement en établissement ou en accueil familial et le portage de repas

Nom - Prénom Date de naissance	Parenté	Adresse

enseignements et avis complémentaires :

(zone réservée au Département)

Avis motivé du Conseil d'administration du CCAS :

Signature du maire

Dispositions relatives à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978

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.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives sont informées que :

- 1 - Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- 2 - Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.
- 3 - En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser selon la prestation dont vous bénéficierez en justifiant de votre identité à :

Monsieur le Président du Conseil départemental ou Monsieur le Président de l'organisme (celui qui vous sert l'avantage de retraite principal ou la pension si vous en êtes titulaire).

J'autorise le Département à transmettre les pièces strictement nécessaires à un autre organisme dans le cas où mon dossier ne relèverait pas de l'aide sociale générale départementale.

Je soussigné(e), agissant (rayer la mention inutile) :

- En mon nom propre
- En qualité de représentant de
- Lien de parenté

Tuteur

oui

non

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Autorise le Président du Conseil départemental à solliciter auprès des administrations compétentes tout élément permettant de vérifier les déclarations des intéressés (article L232 - 16 du code de l'action sociale et des familles).

Date

Signature



PÔLE SERVICES AUX POPULATIONS
DIRECTION DE L'AUTONOMIE
SERVICE MÉDICAL

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

*Destiné au médecin de l'équipe
Médico-Sociale*

*Allocation Personnalisée d'Autonomie
concernant*

Mme, M. _____

Domicile _____

Département de la Charente-Maritime
85, BOULEVARD DE LA RÉPUBLIQUE - CS 60003 - 17076 LA ROCHELLE CEDEX 9

Département de la Charente-Maritime

Certificat médical
Allocation Personnalisée d'Autonomie

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

NATURE DU DÉFICIT

(PATHOLOGIES DIVERSES : ORIGINE, DESCRIPTION CLINIQUE)

CONSÉQUENCES SUR L'AUTONOMIE

DATE :

Signature

Cachet du médecin

**CONSTITUTION DU DOSSIER
D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE
PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE**

• **IDENTIFICATION :**

- Dossier de demande d'aide sociale (*à retirer auprès du Centre Communal d'Action Sociale ou le la mairie du lieu de résidence*)
- Copie intégrale du livret de famille ou pour les personnes célibataires sans enfant, de la carte nationale d'identité ou de l'extrait d'acte de naissance (*uniquement pour une première demande*)
- Copie du titre de séjour pour les demandeurs de nationalité étrangère
- Copie du jugement de tutelle, *le cas échéant* (*uniquement pour une première demande ou en cas de changement dans la mesure de protection*)

• **RESSOURCES** (LES JUSTIFICATIFS A PRODUIRE CONCERNENT L'ANNEE QUI PRECEDE LA DEMANDE D'APA)

- RIB OU RIP à fournir lors de la première demande et à *chaque renouvellement*
- copie de l'avis d'imposition sur le revenu
- copie de la déclaration des revenus fonciers (imprimé 2044)
- copie de la taxe foncière
- justificatifs indiquant le montant de la ou les rentes viagères (*le cas échéant*)

- copie des relevés de comptes d'épargne ou de placements financiers et mobiliers faisant apparaître les intérêts produits **pour le couple** (livrets A, B ; PEP ; CODEVI ; LEP ; PEL ; CEL ; assurance-vie, GMO...)

OU

- imprimé « Relevé des capitaux placés » dûment complété et signé par la banque **pour le couple**

• **AUTRES**

- certificat médical (imprimé à retirer au CCAS ou à la mairie), rempli par le médecin traitant
- copie de la dernière facture de l'établissement d'accueil (APA en établissement uniquement)
- copie du contrat pour l'hébergement au domicile d'un accueillant familial (*le cas échéant*)

CONSEQUENCES DE L'ADMISSION A L'AIDE SOCIALE

Les personnes sollicitant le bénéfice d'une prestation d'aide sociale prévue sur ce dossier sont informées que :

- Conformément à l'article L 132-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles, des recours sont exercés par le Département, par l'Etat, si le bénéficiaire de l'Aide Sociale n'a pas de domicile de secours, contre :
 - a) le bénéficiaire revenu à meilleure fortune ou contre la succession du bénéficiaire ; le recouvrement sur succession des sommes versées au titre de la prestation spécifique dépendance, de l'aide sociale ou de l'aide médicale à domicile ou de la prise en charge du forfait journalier créé par la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 s'exerce sur la part de l'actif net excédant 46 000 € ; seules les dépenses supérieures à 760 € et pour la part excédant ce montant, peuvent donner lieu à récupération ; le recouvrement sur succession des sommes versées au titre de l'aide sociale à l'hébergement s'exerce sans franchise sur l'actif net successoral ; les sommes versées au titre de l'allocation compensatrice et des frais d'hébergement des personnes handicapées de moins de 60 ans ne font pas l'objet d'un recouvrement à l'encontre du bénéficiaire en cas de retour à meilleure fortune ;
 - b) le donataire, lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les dix ans qui ont précédé cette demande ;
 - c) le légataire.
 - d) 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. Quand la récupération concerne plusieurs bénéficiaires, celle-ci s'effectue au prorata des sommes versées à chacun de ceux-ci.

- 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 sont grevés d'une hypothèque légale en garantie des recours indiqués ci-dessus. Toutefois, l'inscription de l'hypothèque légale est supprimée pour les prestations ouvrant droit au seuil de récupération de 46 000 € visées au a) ci-dessus et pour l'allocation personnalisée d'autonomie.

- L'attribution de l'aide sociale à l'hébergement est subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire définie par les articles 205 à 211 du Code Civil. Elle met en jeu également la contribution des époux aux charges du mariage mentionnée à l'article 214 dudit Code.

- Les prestations d'aide sociale sont destinées aux plus démunis et ne sont octroyées qu'à titre subsidiaire lorsque les droits objectifs des demandeurs à obtenir les mêmes prestations auprès d'un autre organisme, des membres de leur famille ou de tiers ayant des obligations envers eux sont insuffisants pour leur permettre de faire face à leurs besoins.**
- Il est rappelé que tout changement, notamment de l'état de santé, de la situation financière ou familiale du demandeur doit être signalé immédiatement au service départemental de l'aide sociale.**
- Article L 135-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles : le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code Pénal.**

Je soussigné, _____, déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus indiquées et autorise le Président du Conseil départemental à solliciter auprès des administrations compétentes toute évaluation de mon patrimoine, notamment cadastrale.

A _____ le _____

Signature :

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

NOM :

Dossier : n°

RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS IMPOSABLES OU NON		
PRODUITS :	CAPITAL	INTERETS PERCUS OU CAPITALISES
Compte-chèques		
Livret d'épargne :		
- 1 ^{er} livret :		
- 2 ^{ème} livret :		
Livret d'épargne populaire (L.E.P.)		
C.O.D.E.V.I.		
Livret ou compte épargne logement		
Bons d'épargne, bons de caisse, bons de capitalisation		
Epargne assurance vie (ex : SUREPARGNE – ASSURDIX)		
Plan d'épargne populaire (P.E.P.)		
Obligations - Actions		
S.I.C.A.V. et fonds commun de placement		
S.C.P.I.		
Bons anonymes		
Autres : préciser		
	(1) au 31 décembre 2019	(1) au titre de l'année 2019

Je soussigné :

NOM :

Prénom :

Nom jeune fille :

Né (e) le :

Adresse :

.....

.....

autorise les organismes bancaires à fournir tous les renseignements utiles sur le montant des capitaux placés et produits d'épargne.

Visa de l'établissement bancaire

L'établissement bancaire atteste que :
M

n'a pas, à ce jour, dans notre établissement, d'autres formes d'épargne que celles indiquées ci-dessus.

A

le

Le

Signature