

DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Nom, Prénom : _____

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

Aide sollicitée à compter du : ___/___/20___

Ce dossier doit impérativement être déposé dans un délai de 4 mois maximum après la date de prise en charge souhaitée

1^{ère} DEMANDE **RENOUVELLEMENT** **REVISION**

Pour une prise en charge en établissement :

pour personnes âgées

EHPAD

Résidence autonomie

Type de chambre (individuelle, double...) : _____

pour personnes handicapées

FAM/EAM

Foyer de vie/EANM

Foyer d'hébergement/EANM

Accueil de jour

IME

Nom de l'établissement d'accueil : _____

Date d'entrée dans l'établissement : ___/___/___

Pour une prise en charge en accueil familial

Pour une prise en charge des frais d'aide ménagère

Pour une prise en charge de frais de repas

Nom de la personne référente :

Tuteur

Curateur

Parent (à préciser)

M. Mme

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Mail _____@_____

Téléphone _____

Cadre réservé à l'administration (pour une 1^{ère} demande uniquement)

MAIRIE - CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Date d'accusé réception du dépôt du dossier en Mairie :

A _____ le _____

Signature du Maire

Cachet

ETAT CIVIL

	Personne pour laquelle l'aide est demandée	Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)
Nom de naissance		
Nom marital		
Prénom		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Nationalité		
N° de Sécurité Sociale		
N° allocataire CAF/MSA		
Taux d'invalidité (le cas échéant)		

SITUATION DE FAMILLE :

Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Pacsé(e) Vie maritale Veuf(ve) Célibataire

ADRESSE :

Adresse privée antérieure à l'entrée en établissement ou en accueil familial

Propriétaire Locataire Logé à titre gratuit

Date d'occupation : du _____ au _____

Rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse actuelle (cocher la case correspondant à votre situation) Date d'arrivée : _____

Accueil familial adulte Etablissement Téléphone : _____

Rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

RESSOURCES::

	Demandeur			Conjoint(e) (ou concubin(e) ou partenaire du PACS)		
	Organisme	Montant	Périodicité*	Organisme	Montant	Périodicité*
Salaire						
Pension principale						
Retraite(s) complémentaire(s)						
Retraite(s) complémentaire(s)						
Retraite(s) complémentaire(s)						
Fermage(s) / rente viagère						
AAH ou pension invalidité						
Allocation logement						
Autres revenus (à préciser)						

* M=mensuelle, T=trimestriel, S=semestriel, A=annuel

CHARGES MENSUELLES DU DEMANDEUR :

Nature	Montant
Loyers et charges relatifs à l'habitation (loyer, taxes foncières, taxes d'habitation..)	
Pension(s) alimentaire versée(s) ou prestation(s) compensatoire(s)	
Frais de tutelle	
Assurance responsabilité civile	
Mutuelle	

PATRIMOINE :

Biens mobiliers et épargne

	Organisme(s)	Montant	Montant des intérêts annuels
Comptes courants			
Livret(s) d'épargne			
Titres - obligations - Actions			
Assurance(s)-vie (date souscription) (Nom du/des bénéficiaires)			
<i>Autres types de placement (à préciser)</i>			

Biens immobiliers

Nature	Adresse
Maison (s)	
Appartement (s)	
Parcelles (s)	
Vignes (s)	
Fonds de commerce	

Biens ayant fait l'objet d'une vente ou d'une donation dans les 10 ans précédant la demande

Nom et adresse du bénéficiaire de bien	Nature du bien	Valeur déclarée	Nom et adresse du notaire

OBLIGES ALIMENTAIRE :

Nom de naissance/marital Prénom	Date et lieu de naissance	Situation familiale	Adresse, mail et téléphone	N° sécurité sociale

A noter : le conjoint de l'obligé alimentaire décédé est tenu à l'obligation alimentaire en cas d'enfants issus de cette union sauf s'ils sont décédés (article 206 du Code civil)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier.
Je suis informé(e) que le Président du Conseil Départemental peut solliciter auprès des organismes et administrations compétentes, toute vérification des informations transmises, ou les partager.

A _____

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")

Le _____

Liste des pièces à joindre au présent dossier
--

- Livret de famille
- Titre de séjour en cours de validité (le cas échéant)
- Dernier avis d'imposition sur les revenus (recto-verso)
- Relevé(s) de propriété(s) des biens immobiliers (le cas échéant)
- Attestation de résidence en foyer (CAF ou MSA)
- Ordonnance de jugement de mise sous protection judiciaire (le cas échéant)
- Imprimé(s) obligation alimentaire (le cas échéant)
- Décision d'orientation CDA de la MDPH (préciser la date de dépôt si la demande est en cours)
- Attestation du prestataire de services ménagers et/ou de frais de repas précisant la date de début de l'intervention (le cas échéant)

Dossier à retourner : par le CCAS pour une 1ère demande,
par le demandeur pour un renouvellement ou une révision
à l'adresse suivante :

Monsieur le Président du Conseil Départemental de la Côte-d'Or
Pôle Solidarités - Direction de l'Accompagnement à l'Autonomie - Service Etablissements -
53 BIS RUE DE LA PREFECTURE - CS 13501 - 21035 DIJON CEDEX