

Dossier d'aide sociale

Nom et Prénom :

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

L'aide sociale est l'expression de la solidarité départementale. Elle se définit comme un ensemble de prestations organisé et financé par le Conseil Départemental à l'égard des personnes, qui en raison de leur état physique ou mental, de leur âge, de leur situation économique ont besoin d'être aidées.

L'aide sociale n'intervient qu'en dernier recours. Elle est une avance faite aux personnes qui en bénéficient. Les modalités de mise en œuvre sont détaillées dans le Règlement Départemental d'aide sociale.

PRESTATIONS SOLLICITEES

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HEBERGEMENT :

- Etablissement pour personnes âgées
- Etablissement pour personnes handicapées

NOM DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL :

PRISE EN CHARGE AU TITRE DE L'ACCUEIL FAMILIAL ADULTE

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'AIDE MENAGERE

PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE REPAS

Aide sollicitée à compter du :

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

Ce document doit être rempli avec le plus grand soin pour éviter tout retard dans son traitement.

Toutes les rubriques doivent être impérativement renseignées et les justificatifs joints sous forme de photocopies. Cet imprimé devra être retourné au centre communal d'action sociale ou à la mairie de la personne pour laquelle l'aide est demandée.

Les informations recueillies sur ce formulaire feront l'objet d'une saisie sur fichier magnétique. La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de modification pour les données vous concernant en vous adressant à :

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 - BP 1601 - 21035 DIJON CEDEX

ETAT CIVIL

 Monsieur

 Madame

 Marié(e)

 Divorcé(e)

 Séparé(e)

 Pacsé(e)

 Vie maritale

 Veuf(ve)

 Célibataire

	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		

ADRESSES DU DEMANDEUR

Adresse privée antérieure à l'entrée en établissement

 Propriétaire

 Locataire

 Logé à titre gratuit

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 : _____

PERSONNE REFERENTE

 Tuteur

 Curateur

 Parent (à préciser)

 M.

 Mme

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Téléphone _____

NATURE et MONTANT de toutes les 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)						

PATRIMOINE DU DEMANDEUR

Biens mobiliers et épargne

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

(N.B. : joindre une feuille en annexe si nécessaire)

Biens immobiliers

Nature

- Maison(s)
- Appartement(s)
- Parcelle(s)
- Garage(s)
- Vigne(s)
- Fonds de commerce

Adresse(s)

(N.B. : joindre une feuille en annexe si nécessaire)

OBLIGE(S) ALIMENTAIRE(S) (enfant(s), conjoint et ascendants du demandeur)

Nom de naissance/marital Prénom	Date et lieu de naissance	Situation familiale	Activité	Adresse et téléphone

Attention : 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)

(N.B. : joindre une feuille en annexe si nécessaire)

Ce dossier, accompagné des pièces demandées, est à adresser à :
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 - BP 1601 - 21035 DIJON CEDEX

Code de l'Action Sociale et des Familles

Article L.131-1 :

Les demandes d'admission au bénéfice de l'aide sociale [...] sont déposées au centre communal ou intercommunal d'action sociale ou, à défaut, à la mairie de résidence de l'intéressé.

Les demandes donnent lieu à l'établissement d'un dossier par les soins du centre communal ou intercommunal d'action sociale [...].

Les demandes sont ensuite transmises, dans le mois de leur dépôt [...], au président du conseil départemental qui les instruit avec l'avis du centre communal ou intercommunal d'action sociale ou, à défaut, du maire.

Code Pénal

Article 441-6 :

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 € 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 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.

Je certifie 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 (voir ci-dessus) et 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 du Conseil Départemental peut solliciter auprès des organismes et administrations compétentes, toute évaluation de mon patrimoine, notamment cadastral.

A _____, Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")

Le _____

Cadre réservé à l'administration

MAIRIE - CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

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

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.

A le

Signature du Maire

Cachet