DÉPARTEMENT DE L'ORNE

CANTON : .....

COMMUNE : .....

DATE DE LA DEMANDE : .....

NUMÉRO DU DOSSIER FAMILIAL : .....

SECTEUR : .....

L'ORNE
Conseil départemental

Pôle solidarités

DEMANDE D'AIDE SOCIALE

A PERSONNE POUR LAQUELLE L'AIDE EST DEMANDÉE

N°

M.
Mme*
Mlle

NOM | PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE (Jour Mois Année) | SEXE Masculin* Féminin

NOM DE JEUNE FILLE | NATIONALITÉ : ..... | SITUATION DE FAM. : .....

PROFESSION : ..... NOMBRE D'ENFANTS : .....

L'intéressé habite-t-il depuis plus de trois mois dans le département ? .....

B DEMANDEUR *(A ne remplir que si le demandeur n'est pas le bénéficiaire)*

N°

M.
Mme*
Mlle

NOM | PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE (Jour Mois Année)

Tél./mail : .....

PARENTÉ avec le bénéficiaire : ..... NOMBRE D'ENFANTS : .....

C ADRESSE DU DEMANDEUR

ADRESSE

ADRESSE (suite)

Code postal | COMMUNE

D RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

ASSURÉ : ..... NOM (de jeune fille pour une femme mariée) | PRÉNOM | PARENTÉ : ..... avec le bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : | Régime : .....

CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE : .....

ORGANISME DE PRESTATIONS FAMILIALES : ..... Numéro d'affiliation

ASSURANCES DIVERSES ET MUTUELLES : .....

E AVANTAGES DÉJÀ ACCORDÉS

P.S.S. et autres organismes	Date	AVANTAGES SOLLICITÉS

F PLACEMENT - HOSPITALISATION

Rappeler l'avantage demandé correspondant.
Établissement (s'il y a lieu). Dates d'entrée, de sortie.

G PROPOSITIONS DE PARTICIPATION

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur que, depuis l'établissement du Dossier Familial me concernant, aucune amélioration n'est intervenue dans ma situation ni dans celle de ma famille. Dans le cas contraire, un nouveau Dossier Familial devra être établi.

A ..... *le* .....
Signature :

* Rayer les mentions inutiles

CD61 IMPRIM'VERT* Demande aide sociale - 07/2019

H AVIS MOTIVÉ (zone réservée au P.S.S.)

Contrôle médical

M.D.P.H.
C.D.A.

Contrôles à domicile

Autres (à préciser)

I DOSSIER FAMILIAL - DETTE ALIMENTAIRE

N° AIDES

J PROPOSITION DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL - DÉCISION

K ADMISSION D'URGENCE

Date d'admission
Décision du Maire

Établissement hospitalier
Date de la notification

L AVIS MOTIVÉ SUR LES AVANTAGES SOLLICITÉS (C.C.A.S.)

Signature du Président de la Commission Administrative du Centre communal d'action sociale,

Cachet :