

DEMANDE D'AIDE SOCIALE

PÔLE SOLIDARITÉS

Maison départementale de l'autonomie
Bureau instruction des aides
« personnes âgées » et ASH
Cellule aide sociale à l'hébergement
13, rue Marchand Saillant
CS 70541 - 61017 ALENÇON Cedex
☎ 02 33 15 00 31
@ mda.ash@orne.fr

DEMANDEUR :

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

☐ 1^{re} demande

☐ Renouvellement / Révision

Aide sollicitée par le demandeur au titre de l'aide sociale

Date de demande de prise en charge :

☐ Personne âgée

☐ Personne en situation de handicap

☐ EHPAD

☐ USLD

☐ EANM (établissement d'accueil
non médicalisé)

☐ EAM (établissement d'accueil
médicalisé)

☐ IME (si amendement creton) :

☐ Semi internat

☐ Internat

Type d'accueil

☐ 1 lit

☐ UPHV

☐ Accueil de jour

☐ Foyer d'hébergement

☐ 2 lits

☐ Autres

☐ Accueil temporaire

☐ Foyer de vie

☐ Foyer d'accueil

☐ médicalisé

Préciser :

Si vous êtes hébergé en foyer d'hébergement, cochez les cases correspondantes à votre situation

Hébergement et entretien complet

Hébergement et entretien partiel

☐ Totalité des repas pris au foyer

☐ 5 repas pris régulièrement à l'extérieur
au cours de la semaine et non compris
dans le forfait hébergement

☐ Internat en semaine

☐ 5 repas pris à l'extérieur du foyer et en internat
de semaine

☐ Non travailleur

☐ Travailleur

☐ Non travailleur

☐ Travailleur

Autre aide sollicitée

☐ Aide-ménagère

☐ SAVS/SAMSAH

☐ Famille d'accueil

Personne référente (aide aux démarches)

Nom Prénom :

Lien avec le demandeur :

Adresse complète :

Téléphone :

Mail :

Souhaitez-vous que tout courrier parvienne à votre adresse ?

Oui ☐

Non ☐

Ou souhaitez-vous que tout courrier parvienne à l'adresse de la personne référente ?

Oui ☐

Non ☐


Pour les premières demandes, le dossier de demande d'aide sociale et l'ensemble des pièces doivent être adressés au CCAS ou Mairie du domicile de secours pour avis uniquement (excepté pour les demandes de SAVS/SAMSAH).

1 - ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

Le demandeur est la personne qui souhaite bénéficier de l'aide

☐ Mme ☐ M.	Le demandeur bénéficiaire	L'époux(se), concubin ou personne avec laquelle un PACS a été conclu
NOM de naissance		
NOM d'usage		
Prénom		
Date de naissance		
Nationalité		
Situation familiale		
Numéro d'allocataire CAF/MSA		
Téléphone		
Adresse mail		

Avez-vous des ascendants ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des descendants ? Oui ☐ Non ☐ Si oui combien :

Si oui compléter le formulaire obligation alimentaire (l'obligation alimentaire ne concerne que les demandes d'aide sociale pour personne âgée)

2 - PROTECTION JURIDIQUE (joindre un justificatif)

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui quel type de mesure ?

☐ Curatelle ☐ Tutelle

☐ Sauvegarde de justice

☐ Habilitation familiale

Coordonnées :

NOM : Prénom :

Adresse :

Nature de votre lien :

N° tél. : (TRÈS IMPORTANT) :

Adresse mail :

3 - ADRESSES

Le domicile de secours s'acquiert dans le département où le bénéficiaire a séjourné depuis + de 3 mois consécutifs.
Les séjours en établissements sociaux, médico-sociaux (centre hospitalier, foyer pour personnes handicapées, EHPAD, centre d'hébergement et de réadaptation sociale, foyer jeunes travailleurs, résidence autonomie...) ou en accueil familial sont sans effet sur le domicile de secours.

JE DÉCLARE :

- Avoir habité, **de façon habituelle et consécutive** durant au moins 3 mois dans le département de l'Orne.

Vous êtes actuellement : ☐ À domicile ☐ Dans un établissement

A Adresse du domicile ou établissement d'accueil
(préciser l'adresse complète et cocher le type d'habitation concerné)

Rue :

Commune : Code postal :

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Maison d'habitation, appartement | ☐ Résidence service | ☐ EANM/EAM |
| ☐ Résidence autonomie | ☐ Famille d'accueil à titre onéreux | ☐ EHPAD/USLD/Hôpital |

Depuis le :

B (Si l'adresse renseignée au cadre A est celle d'un établissement, veuillez préciser votre adresse antérieure et cocher le type d'habitation concerné)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Maison d'habitation, appartement | ☐ Résidence service | ☐ EANM/EAM |
| ☐ Résidence autonomie | ☐ Famille d'accueil à titre onéreux | ☐ EHPAD/USLD/Hôpital |

Période du : au :

C (Si l'adresse renseignée au cadre B est également celle d'un établissement, veuillez préciser votre adresse antérieure et cocher le type d'habitation concerné)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Maison d'habitation, appartement | ☐ Résidence service | ☐ EANM/EAM |
| ☐ Résidence autonomie | ☐ Famille d'accueil à titre onéreux | ☐ EHPAD/USLD/Hôpital |

Période du : au :

D (Si l'adresse renseignée au cadre B est également celle d'un établissement, veuillez préciser votre adresse antérieure et cocher le type d'habitation concerné)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Maison d'habitation, appartement | ☐ Résidence service | ☐ EANM/EAM |
| ☐ Résidence autonomie | ☐ Famille d'accueil à titre onéreux | ☐ EHPAD/USLD/Hôpital |

Période du : au :

4 - RESSOURCES MENSUELLES (joindre les justificatifs)

Nature	Demandeur	Époux(se)
Salaire	€	€
Retraite principale	€	€
Autres pensions de retraite	€	€
Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)	€	€
Pension de réversion	€	€
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	€	€
Pension d'invalidité	€	€
Majoration pour tierce personne (MTP)	€	€
Allocation personnalisée au logement (APL) ou Allocation de logement social (ALS)	€	€
Revenu(s) foncier(s) (ligne 45 de l'avis d'impôt)	€	€
Prestation de compensation du handicap (PCH)	€	€
Autres ressources	€	€
Autres ressources	€	€

5 - CHARGES MENSUELLES (joindre les justificatifs)

Nature	Demandeur	Condition de déduction
Cotisation mutuelle	€	Plafonné à 100€/mois
Cotisation responsabilité civile	€	
Taxe foncière	€	
Assurance habitation	€	
Loyer	€	Pour les personnes âgées lorsque le bien est hypothéqué ou que le conjoint resté à domicile n'a pas de ressources
Frais de tutelle	€	
Cotisation contrat obsèques	€	Plafonné à 50€/mois
Autre(s)	€	Précisez :

6 - ÉTAT DU PATRIMOINE

Coordonnées du notaire de famille :

Capitaux placés ou non du demandeur et de son époux(se)

(Joindre une copie du dernier relevé de chaque compte + le justificatif d'intérêt annuel perçu)

Nature du placement	Détention de capital	Montant du capital pour le demandeur	Montant du capital pour l'époux(se)
Compte courant	OUI ☐ NON ☐		
Compte courant	OUI ☐ NON ☐		
Compte courant	OUI ☐ NON ☐		
Compte de gestion / Tutelle	OUI ☐ NON ☐		
Contrat obsèques	OUI ☐ NON ☐		
Assurance dépendance	OUI ☐ NON ☐		
Livret d'épargne	OUI ☐ NON ☐		
Livret de développement durable	OUI ☐ NON ☐		
Livret ou compte épargne logement	OUI ☐ NON ☐		
Obligations, actions, sicav	OUI ☐ NON ☐		
Autres	OUI ☐ NON ☐		

Contrat(s) d'assurance vie du demandeur et de son époux(se) : ☐ Oui ☐ Non

(Joindre une copie de chaque contrat ainsi que le relevé annuel s'y rattachant)

Adresse de l'organisme de placement	Montant du capital placé

Bien(s) immobilier(s) du demandeur et de son époux(se) : ☐ Oui ☐ Non

(Joindre une copie de la taxe foncière + relevé de propriété + cadastre)

Adresse du bien	N° cadastre	Le bien est-il bâti ?	Le bien est-il loué ?	Valeur locative du bien
		OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	
		OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	
		OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

Autres

Avez-vous fait une donation ou legs au cours des 10 dernières années ?	OUI ☐ NON ☐	Si oui, joindre une copie de l'acte
Avez-vous vendu un ou des biens immobiliers au cours des 10 dernières années ?	OUI ☐ NON ☐	Si oui, joindre une copie de l'acte de vente
Avez-vous été bénéficiaire d'une obligation contractuelle, indivision, donations, legs, héritage...	OUI ☐ NON ☐	Précisez :

7 - PRESTATIONS D'AIDE SOCIALE SOUMISES OU NON A RÉCUPÉRATION ET HYPOTHÈQUE

 Lorsque vous ou votre représentant sollicite l'attribution de l'aide sociale pour personne âgée ou personne handicapée, cette forme d'aide constitue une avance de la Collectivité et peut donner lieu à un recouvrement.

AIDE SOCIALE AUX PERSONNES ÂGÉES					
Nature des prestations	Recours contre la succession du bénéficiaire	Recours contre le donataire	Recours contre le légataire	Recours contre le bénéficiaire revenu à meilleure fortune	Hypothèque
Aide-ménagère	Oui, sur la part de l'actif net successoral supérieur à 46 000 € et pour les dépenses excédant 760 €	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Non
Accueil familial à titre onéreux	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Oui
Hébergement en établissement	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Oui

AIDE SOCIALE AUX PERSONNES HANDICAPÉES					
Nature des prestations	Recours contre la succession du bénéficiaire	Recours contre le donataire	Recours contre le légataire	Recours contre le bénéficiaire revenu à meilleure fortune	Hypothèque
Aide-ménagère	Oui, sur la part de l'actif net successoral supérieur à 46 000 € et pour les dépenses excédant 760 €, sauf si les héritiers sont : le conjoint, les enfants ou la personne qui a assumé la charge effective et constante du bénéficiaire	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Non
Accueil familial à titre onéreux	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé sauf si les héritiers sont : le conjoint. Les enfants ou la personne qui a assumé la charge effective et constante du bénéficiaire	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Oui
Hébergement en établissement	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé sauf si les héritiers sont : le conjoint. Les enfants ou la personne qui a assumé la charge effective et constante du bénéficiaire	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Oui, dès le 1 ^{er} euro avancé	Oui
SAVS/SAMSAH	Non	Non	Non	Non	Non

Je soussigné(e) _____, 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.

Signature

8 - LISTE DE DOCUMENTS À JOINDRE

DOCUMENTS À FOURNIR AVEC LA DEMANDE D'AIDE SOCIALE (Fournir les documents correspondant aux lignes cochées)	Nature de la demande							
	EHPAD USLD	Famille d'accueil	FV / FH	Accueil temporaire Accueil de jour	SAVS SAMSAH	CRETON	Aide- ménagère	En cas de renouvellement ou révision
Copie du bulletin d'admission ou de prise en charge dans l'établissement	✓		✓	✓	✓	✓		
Copie de l'arrêté de prix de journée hébergement de l'établissement (sauf si établissement ornaïs)	✓		✓	✓		✓		
Copie de l'arrêté de tarification dépendance de l'établissement (sauf si établissement ornaïs)	✓							
Copie de la carte d'identité et/ou acte de naissance	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Copie de votre titre de séjour en cours de validité (si ressortissant de pays tiers)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Copie du livret de famille avec les coordonnées exactes des enfants, y compris en cas de pluralité de lits	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
Acte de mariage	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Justificatif correspondant à l'état du patrimoine (compte courant, placements bancaires, assurance vie, contrat obsèques, relevé de propriété...)	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Justificatif des ressources : AAH, prestations compensatoires, pensions, rentes, fermages, revenus locatifs, etc.	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Justificatif d'attribution ou de rejet de l'allocation logement ou de l'aide personnalisée au logement ou, à défaut, la copie de votre attestation CAF.	✓	✓	✓			✓		✓
Copie du dernier avis d'imposition (en intégralité) ou de non-imposition sur les revenus ou à défaut, une attestation sur l'honneur de rattachement au foyer fiscal des parents, père/mère	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Justificatif de l'attribution ou du rejet de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)	✓	✓					✓	✓
Copie de la cotisation de mutuelle	✓	✓	✓			✓		✓
Copie de la cotisation de la responsabilité civile	✓	✓	✓			✓		✓
Copie de relevé d'identité bancaire (RIB)	✓	✓						
Copie du justificatif de taxe foncière	✓	✓	✓			✓		✓
Copie de la mesure de protection	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Copie des frais de tutelle	✓	✓	✓			✓		✓
Copie du contrat d'accueil familial		✓						✓
Copie de l'agrément de votre accueillant(e) familial(e)		✓						✓
Copie des trois derniers bulletins de salaire de votre accueillant(e) familial(e)		✓						✓
Copie des trois derniers bulletins de salaire (FH)			✓					✓
Copie de la notification CDAPH	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Copie de votre carte d'invalidité	✓	✓					✓	

Pour les personnes âgées, si existence d'enfants, gendres, belles-filles (sauf si l'époux(se) qui produisait l'affiliation est décédé(e) et n'a pas donné lieu à naissance d'enfants), remplir le formulaire obligation alimentaire. Pour chacun des obligés alimentaires, compléter le formulaire participation alimentaire, le simulateur OA, et signer l'engagement si participation.

GESTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par le Conseil départemental de l'Orne dans un fichier informatisé pour la gestion de votre demande d'aide sociale.

Ce traitement recueille des données d'identification, de vie personnelle et des données d'ordre économique et financière, basé sur une obligation légale (Art. 6.1c du RGPD)

Vos données ne sont destinées qu'aux Personnes dûment habilitées du « Bureau instruction des aides PA et ASH » du Conseil départemental et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier.

En outre, en cas de contrôle, le payeur départemental pourra être destinataire des justificatifs du versement de l'aide ou des sommes demandées.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour ce faire, ou pour obtenir plus d'informations sur vos données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données sur l'adresse dpd@orne.fr ou par courrier postal à son attention à l'adresse suivante : Conseil départemental de l'Orne, Hôtel du département, Délégué à la protection des données, 27, boulevard de Strasbourg, CS 30528 – 61017 Alençon Cedex.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous avez également le droit de saisir l'autorité de contrôle nationale, la CNIL en leur adressant une plainte : CNIL - 3, place Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex ; www.cnil.fr

J'atteste sur l'honneur que :

- ➔ Les renseignements portés sur cette demande sont exacts ;
- ➔ Je m'engage à informer le Conseil départemental de toute modification de ma situation
- ➔ J'accepte dans le cadre d'une demande qui nécessite une coordination éventuelle avec d'autres financeurs, que les éléments de ce dossier soient communiqués aux gestionnaires de ces prestations (art.L232-16 du Code de l'action social et des familles).

Fait à

Le

Signature, (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

AVIS DU MAIRE OU DU VICE-PRÉSIDENT DU CCAS

☐ Favorable ☐ Défavorable

Motif :

Fait à

Le

Cachet et signature du Maire
ou du Vice-président du CCAS :