

# Aide Sociale Générale

## Dossier de demande

Une demande par personne doit être établie

Je soussigné(e),

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

(Il s'agit du nom de la commune où vous résidez actuellement, ou le nom de l'organisme auprès duquel vous avez été domicilié)

Personnes en situation de handicap (- de 60 ans)

Personnes âgées (+ de 60 ans)

1<sup>re</sup> demande

Renouvellement

Aide ménagère

Portage de repas

Hébergement établissement (préciser le nom) \_\_\_\_\_

Accueil Familial

ACTP (exclusivement en renouvellement)

**Demande à compter du :** \_\_\_\_\_

Cette demande est déposée obligatoirement auprès :

du C.C.A.S de : \_\_\_\_\_

du C.I.A.S de : \_\_\_\_\_

Date d'arrivée du dossier dans le  
service départemental :

Réservé à l'administration

N° dossier :

N° individu :

Réservé à l'administration

ETAT CIVIL	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT - LE CONCUBIN LE PARTENAIRE DE PACS
Nom de naissance		
Nom d'usage		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
Nationalité	<input type="radio"/> Française <input type="radio"/> Ressortissant de l'UE <input type="radio"/> Autre	
Situation de famille	<input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Veuf(ve) <input type="radio"/> Concubin(e) <input type="radio"/> Pacsé(e) <input type="radio"/> Célibataire	

### DOMICILE

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_

Date d'arrivée à cette adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

- Précisez, s'il s'agit :  du domicile, êtes-vous :  locataire  propriétaire  hébergé à titre gratuit  
 de l'établissement (joindre le justificatif de domicile avant l'entrée)  
 de l'adresse de l'accueillant familial agréé

Adresses précédentes	Date d'arrivée	Date de départ
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si vous-même ou votre conjoint (ou concubin ou partenaire de pacs) percevez une aide ci-dessous :

- l'aide ménagère au titre de la retraite principale  oui  non
- la Majoration spéciale pour Tierce Personne (MTP)  oui  non

### MESURE DE PROTECTION

Indiquez le cas échéant l'existence d'une mesure de protection judiciaire :  
 (si oui, veuillez joindre la photocopie du jugement et l'attestation annuelle des frais)

n° de téléphone du mandataire judiciaire de la personne ou organisme chargé de la mesure : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

### NOMS ET ADRESSES DE VOS DEBITEURS D'ALIMENTS (ASCENDANTS / DESCENDANTS)

Nom et Prénom	Parenté	Adresse actuelle

Le CCAS a-t-il mis en œuvre les démarches concernant les dossiers d'obligations alimentaires ?  
 oui /  non (motif) :

## ALLOCATION LOGEMENT

Demande d'Allocation de Logement en établissement effectuée ?

Oui, depuis le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(fournir l'accusé de réception de la demande ou, en cas de réponse, le justificatif d'accord ou de refus)

Non, établir la demande

## MUTUELLE

Disposez-vous d'une mutuelle ?  Oui (fournir le dernier échéancier)  Non

## PATRIMOINE DU FOYER (demandeur, conjoint, concubin ou partenaire de pacs)

Comptes courants, livrets et comptes épargnes	Capital placé (obligations, actions, etc...)

**CONTRATS OBSEQUES ET ASSURANCES-VIE** (Fournir copies intégrales avec les clauses bénéficiaires précisant leur(s) nom(s) et adresse(s). Par ailleurs, concernant les assurances-vie, fournir un justificatif des versements réalisés après 70 ans)

Type de contrat	Société d'assurance	Montant	Date de souscription

## BIENS FONCIERS OU IMMOBILIERS

OUI (fournir la copie de la taxe foncière et le titre propriété)

NON

Nature des biens et adresses Ex : Maisons, appartements, terrains, garages, terres agricoles, ...	Usage actuel Ex : Occupé par le demandeur, occupé à titre gratuit, en location, inoccupé...	Montant des revenus procurés par le bien

Précisez les noms et adresses de votre (vos) notaire(s) : \_\_\_\_\_

Avez-vous fait une donation, un partage ou une vente dans les dix années précédant cette demande ?

Oui (fournir la copie intégrale de l'acte notarié)  Non

Toute fausse déclaration ou fraude aux prestations d'aide sociale peut entraîner l'application des peines prévues aux articles 313-2 et 4414-6 du Code Pénal.

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre ou en ma qualité de représentant, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre de cette demande d'aide sociale.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'intéressé ou de son représentant légal :  
(si l'intéressé est dans l'incapacité de signer, apposer une croix)

# 1) PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

## ETAT CIVIL

- Carte d'identité et extrait d'acte de naissance.
- Copie intégrale du livret de famille, pages vierges comprises.
- Pour les demandeurs étrangers hors UE, copie de la carte de séjour en cours de validité.
- Jugement intégral de divorce ou de séparation éventuel.

## DOMICILE

- Justificatif de domicile : Copie d'une quittance de loyer,  
Copie de la taxe d'habitation,  
Copie de la taxe foncière,  
Copie de l'acte notarié.

**en cas de résidence en résidence autonomie (ex-logement-foyer), établissement, ou famille d'accueil,  
fournir l'adresse précédente.**

## MESURE DE PROTECTION

- Jugement de curatelle ou tutelle éventuel.

## RESSOURCES

- Justificatifs de toutes les ressources : Salaires, Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (chômage), Prestations CAF (AAH ou APL), Pensions (dans ce cas, joindre la déclaration annuelle)...
- Copie intégrale de la dernière déclaration d'impôt pré-remplie.
- Copie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non imposition.
- Relevés de comptes des 6 derniers mois sur lesquels figurent toutes les ressources.
- Justificatifs de tous les comptes de placements (livrets d'épargne, actions, placements divers) :  
Etat des capitaux et des intérêts de placements perçus.
- Copie du (ou des) contrat(s) d'assurances-vie éventuel(s) précisant le montant  
et les clauses bénéficiaires.

## A JOINDRE, IMPERATIVEMENT, SIGNES PAR L'INTERESSE OU SON TUTEUR LEGAL

- Le présent dossier signé avec l'Avis du Président du CCAS / CIAS.
- Déclaration sur l'honneur relative aux biens possédés.
- Conséquences de l'admission à l'aide sociale.

## 2) A JOINDRE SELON LA DEMANDE

### PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HEBERGEMENT EN ETABLISSEMENT OU EN ACCUEIL FAMILIAL POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

#### Pièce commune

- Notifications d'orientation MDPH concernant l'hébergement.

#### En Etablissement

- Bulletin d'entrée en établissement, catégorie et prix de journée (avec la date d'entrée effective)
- Avis MDPH pour le maintien en établissement enfant au titre de l'amendement Creton.

#### En Accueil Familial

- Notification MDPH indiquant le taux d'incapacité
- Contrat d'accueil
- Assurance Responsabilité Civile
- RIB ou RICE
- Grille d'évaluation pour la détermination des sujétions particulières

### PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HEBERGEMENT EN ETABLISSEMENT OU EN ACCUEIL FAMILIAL POUR LES PERSONNES AGEES

#### Pièces communes

- Copie du dernier échéancier des frais de mutuelle.
- Demandeur se situant entre 60 et 65 ans, une reconnaissance d'inaptitude au travail ou un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %.
- Formulaire d'obligations alimentaires remplis, accompagnés des justificatifs sauf pour les demandeurs en situation de handicap

#### En Etablissement

- Bulletin d'entrée en établissement, catégorie et prix de journée (avec la date d'entrée effective)
- Copie du (ou des) contrat(s) obsèques précisant le montant.
- Eventuellement, une attestation de séjour en établissement pour une personne en situation de handicap antérieurement à une demande d'entrée en établissement pour personne âgée.

#### En Accueil Familial

- Contrat d'accueil
- Assurance Responsabilité Civile
- RIB ou RICE
- Grille d'évaluation pour la détermination des sujétions particulières

### PRISE EN CHARGE DES AIDES A DOMICILE

- Nom et adresse du conjoint, des enfants ou attestation sur l'honneur spécifiant vivre seul(e).
- Justificatifs de condition médicale ou d'invalidité pour chacun en cas de vie en cohabitation.
- Moins de 60 ans, document MDPH indiquant une reconnaissance de handicap.  
Entre 60 et 65 ans, une reconnaissance d'inaptitude au travail, ou un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80%.
- Concernant une demande d'Aide ménagère :
  - Certificat médical indiquant le nombre d'heures demandées.
  - Référence du prestataire prévu (autorisé par le département).
  - Grille d'évaluation complétée.
- Concernant une demande de portage de repas :
  - Certificat médical justifiant le portage de repas à domicile.
  - Référence du prestataire prévu (autorisé par le département).

AVIS DU PRESIDENT DU CCAS (ou du CIAS) :

---

---

Date, cachet et signature du Président  
du CCAS (ou du CIAS)

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI 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 entrainera 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 sociale 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, en justifiant de votre identité, à :

Monsieur le Président du Département du Nord - Direction de l'Offre de Service d'Aide à l'Autonomie  
Hôtel du Département - 51, rue Gustave Delory - 59047 Lille Cedex