



DIRECTION GENERALE ADJOINTE
 SOLIDARITES HUMAINES
 Direction de l'autonomie
 Service Aide sociale générale
 Allée Raymond Courrière
 11855 CARCASSONNE Cedex 9

- Première demande
- Renouvellement
- Révision

A compter du ://

DU N°

La demande concerne une Personne âgée Personne en situation de handicap

DEMANDE D'AIDE SOCIALE

AIDE.S SOLLICITÉE.S

- Hébergement Services Ménagers Portage des repas Téléassistance

Pour une demande de services ménagers : nom du prestataire choisi :
 La liste des prestataires est consultable sur le site du Département : www.aude.fr

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT la personne âgée ou la personne en situation de handicap	RENSEIGNEMENTS CONCERNANT SON CONJOINT OU CONCUBIN OU PACSÉ
<p>Nom de naissance :</p> <p>Nom marital :</p> <p>Prénom.s :</p> <p>Date de naissance : _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Lieu de naissance :</p> <p>N° de sécurité sociale (correspond au n° de la personne et non celui de son conjoint ou parent) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Nationalité :</p> <p><input type="checkbox"/> Française</p> <p><input type="checkbox"/> Union européenne (préciser).....</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (préciser)</p> <p>Date d'arrivée en France :</p> <p>Situation de famille :</p> <p><input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié.e <input type="checkbox"/> veuf.ve</p> <p><input type="checkbox"/> pacsé.e <input type="checkbox"/> divorcé.e <input type="checkbox"/> séparé.e <input type="checkbox"/> concubin.e</p> <p>Nom et adresse des parents (s'il y a lieu) : </p>	<p>Nom de naissance :</p> <p>Nom marital :</p> <p>Prénom.s :</p> <p>Date de naissance : _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Lieu de naissance :</p> <p>Nationalité :</p> <p><input type="checkbox"/> Française</p> <p><input type="checkbox"/> Union européenne (préciser).....</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (préciser)</p> <p>Profession ou activité :</p> <hr/> <p>Reconnaissance handicap <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui depuis : / /</p> <p>Taux d'incapacité avant l'entrée en EHPAD :%</p> <p>La personne était-elle auparavant dans un établissement pour personne handicapée ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>(si oui : bulletin de sortie à transmettre à l'appui de la demande)</i></p>

Mentionner le cas échéant l'existence d'une mesure de protection juridique (joindre le jugement de tutelle)

Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

<p><u>Ce dossier est à déposer complet</u> <u>après de la mairie</u> <u>du lieu de votre domicile</u></p>	<p>Dossier déposé en mairie ou CCAS/CIAS le :</p> <p>Avis du maire ou président CCAS/CIAS :</p> <p>Signature et cachet :</p>
--	--

A / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DOMICILE de la personne âgée ou la personne en situation de handicap Propriétaire Locataire Usufruitier Autres**Adresse actuelle du lieu où vit la personne âgée ou la personne en situation de handicap:** à domicile : Adresse

Téléphone : ☎ ☎ Réside à cette adresse depuis le

 établissement ou : accueil chez un particulier, au titre du placement familial

Date d'entrée

Nom et adresse de l'établissement ou Nom et adresse de l'accueillant
.....
.....

Adresses précédentes	Date d'arrivée	Date de départ

B / MEMBRES DE LA FAMILLE TENUS A L'OBLIGATION ALIMENTAIRE (enfants, gendres, belles-filles)*Etablir sur papier libre la liste des obligés alimentaires, si nécessaire.*

NOM et Prénom	Date et lieu de naissance	Parenté	Adresse actuelle/courriel/téléphone

C/ RESSOURCES DU FOYER (montants mensuels)

	La personne âgée ou la personne en situation de handicap	Le conjoint, concubin ou pacsé
Pensions, retraites, rentes		
Salaires, revenus d'activité		
Allocations de chômage		
Allocation Adulte Handicapé (et complément)		
Allocations CAF ou MSA (AL, APL, AF) <input type="checkbox"/> demande allocation logement en cours : date de la demande		

Autres ressources (à préciser) :		
-		
-		

D / CHARGES (joindre les justificatifs)

TYPE DE CHARGE	Montant mensuel de la dépense
Mutuelle	
Assurance responsabilité civile	
Frais de tutelle	
Autres charges :	
-	
-	

E / EPARGNE - PATRIMOINE

1/ Livrets et comptes bancaires

Numéro de compte	Solde	Organisme bancaire	Coordonnées de la personne ayant procuration s'il y a lieu

2/ Assurances-vie

Numéro du contrat	Solde	Organisme	Date de souscription	Nom et prénom du.des bénéficiaire.s

3/ Autres capitaux mobiliers (Titres – Actions- Obligations)

Nature	Montant	Organisme

4/ Biens Immobiliers (joindre matrice cadastrale si le demandeur est propriétaire et acte de donation et de vente s'il y a transfert de propriété)

Situation (lieu)	Donné le	Vendu le	à	Montant

5/ AUTRES RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

F / LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE

* PA : Personne Agée

* PH : Personne en situation de Handicap

	Services Ménagers		Portage Repas		Hébergement		Télésecurité
	PA*	PH*	PA*	PH*	PA*	PH*	PA et PH*
Justificatif d'identité : livret de famille, carte d'identité ou carte de séjour	X	X	X	X	X	X	X
Copie de la carte vitale ou attestation de droit	X	X	X	X	X	X	X
Dernier avis d'imposition sur le revenu (ou de non-imposition)	X	X	X	X	X	X	X
Dernière déclaration des revenus	X	X	X	X	X	X	X
Justificatif de toutes les ressources :							
- relevés de pension, notification AAH, etc... :	X	X	X	X	X	X	X
- 3 derniers relevés bancaires :	X	X	X	X	X	X	X
- 3 derniers bulletins de salaire :						X	
RIB							X
Relevé de situation des comptes bancaires avec mention des intérêts annuels	X	X	X	X	X	X	X
Relevé de situation des contrats assurance-vie avec mention des intérêts annuels	X	X	X	X	X	X	X
Copie.s du .des contrat.s d'assurance-vie	X	X	X	X	X	X	X
Extrait de matrice cadastrale	X	X	X	X	X	X	X
Taxe foncière des propriétés bâties ou non bâties	X	X	X	X	X	X	X
Acte de vente ou de donation	X	X	X	X	X	X	X
Imprimé d'obligation alimentaire			X		X		
Justificatif d'allocation logement					X	X	
Décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie (orientation)						X	
Imprimé « Fiche de situation du demandeur »	X	X					
Bulletin d'entrée en établissement					X	X	
Jugement de tutelle ou de curatelle	X	X	X	X	X	X	X
Carte d'invalidité ou notification de la pension d'invalidité	X	X	X	X	X	X	X
Bulletin de salaire de la famille d'accueil (en cas de renouvellement de placement en famille d'accueil)						X	
Contrat d'accueil (en cas de placement familial)						X	

G / CONSÉQUENCES DE L'ADMISSION A L'AIDE SOCIALE ET CONSENTEMENT

À SIGNER EN 2 EXEMPLAIRES : UN À CONSERVER ET UN À RENVoyer AVEC LA DEMANDE

L'aide sociale a un caractère subsidiaire et un caractère d'avance.

Les personnes sollicitant l'aide sociale sont informées des dispositions suivantes :

1/ OBLIGATION ALIMENTAIRE : article L 132-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles

L'attribution de certaines aides est subordonnée à la mise en œuvre de :

- l'obligation alimentaire (articles 205 à 211 du Code Civil)
- la contribution des époux aux charges du mariage (article 214 du Code civil).

2/ RECOURS : article L 132-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Des recours sont exercés par le Département contre :

- le bénéficiaire revenu à meilleure fortune ;
- la succession du bénéficiaire ;
- le donataire, lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les 10 ans qui ont précédé cette demande ;
- le légataire ;
- le bénéficiaire du contrat d'assurance-vie.

Prestations d'aide sociale	Obligation Alimentaire	Donne lieu à un recours sur succession	
PERSONNES ÂGÉES			
- Services ménagers	NON	OUI	sur la partie de l'actif net de succession qui excède 46 000 €
- Foyer Restaurant- Portage Repas	OUI	OUI	
- Téléassistance	NON	OUI	
- Hébergement en établissement et placement familial	OUI	OUI	dès le 1er € de succession
- Allocation Personnalisée d'Autonomie	NON	NON	
PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP			
- Services ménagers	NON	OUI	sur la partie de l'actif net de succession qui excède 46 000 € sauf si les héritiers sont le conjoint, les enfants, ou la tierce personne
- Foyer Restaurant	NON	OUI	
- Téléassistance	NON	OUI	
- Hébergement en établissement et placement familial	NON	OUI	sauf si les héritiers sont le conjoint, les enfants, les parents ou la tierce personne
- SAVS – SAMSAH	NON	OUI	
- Prestation de Compensation du Handicap	NON	NON	
- Allocation Compensatrice	NON	NON	

Le recours est exercé dans la limite de la dépense engagée et dans la limite de l'actif net successoral disponible composant la succession du bénéficiaire de l'aide sociale.

3/ HYPOTHÈQUE : article L 132-9 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'aide sociale sont grevés d'une hypothèque légale en garantie du recours sur succession.

Il n'y a pas lieu à l'inscription de l'hypothèque légale pour les prestations à domicile.

4/ FRAUDE ET FAUSSE DÉCLARATION : *Le fait de percevoir ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale pourra être sanctionné sur la base des articles 313-1, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.*

5/ ENGAGEMENT ET CONSENTEMENT

Je soussigné.e :

- la personne âgée ou la personne en situation de handicap (nom, prénom)

.....

- le représentant (nom, prénom)
- agissant en qualité de

A) M'ENGAGE à signaler toute modification dans ma situation ;

B) CONSENS au traitement de mes données transmises dans le cadre de ma demande d'aide sociale par le Département pour l'attribution et la gestion de l'aide sociale ainsi que le contrôle de son effectivité

QUI RECUEILLE LES DONNEES ?

L'étude de votre dossier nécessite la mise en œuvre par le Département d'un traitement de données à caractère personnel particulières nécessitant votre accord.

Les informations recueillies sont enregistrées et traitées par les services de la direction de l'autonomie du Département conformément aux articles R232-40 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

COMBIEN DE TEMPS SONT-ELLES CONSERVEES ?

Ces données seront conservées pendant 6 ans à compter de l'extinction de vos droits. Elles pourront être conservées pendant une durée plus longue afin de préserver les droits juridictionnels du Département.

QUI EN A CONNAISSANCE ?

Elles sont destinées aux agents du Département devant intervenir dans le traitement de vos droits et le cas échéant à la Maison Départementale des Personnes Handicapées si des droits y sont ouverts, aux autorités administratives ou déléguées par elles à des fins statistiques conformément aux articles D232-38 et D232-39 du code de l'action sociale et des familles. Pour plus de détails, vous pouvez vous rendre sur le site «aude.fr».

Les données communiquées ne seront pas utilisées à des fins de profilage mais peuvent permettre une décision automatisée afin d'accélérer le traitement de votre dossier.

QUELS SONT VOS DROITS ?

Vous bénéficiez des droits suivants sur vos données personnelles :

- Droit au retrait du consentement
- Droit d'accès : vous pouvez accéder à vos données
- Droit de rectification : vous pouvez les faire modifier si vous les constatez erronées
- Droit à l'effacement des données (sous certaines conditions)
- Droit de limitation (sous certaines conditions)
- Droit à une intervention humaine notamment pour un réexamen

COMMENT EXERCER VOS DROITS ?

Vous pouvez exercer vos droits en adressant votre demande écrite accompagnée d'un justificatif d'identité, et, le cas échéant, des justificatifs du titre auquel vous exercez ces droits pour un tiers (autorité parentale, tutelle, mandat), plus un justificatif d'identité du tiers concerné, par courriel à dpo@aude.fr ou par courrier à

Monsieur le délégué à la protection des données
Département de l'Aude
Hôtel du Département
Allée Raymond Courrière
11855 CARCASSONNE Cedex 9

Le cas échéant vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission informatique et libertés :
3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – Tél : 01 53 73 22 22

C) CERTIFIE sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier de demande d'aide sociale (*Le fait de percevoir ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale pourra être sanctionné sur la base des articles 313-1, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.*)

J'ai bien compris mes droits et que les données recueillies sont strictement nécessaires à l'instruction de ma demande.

J'ai bien compris que l'exercice de certains de mes droits peut avoir pour effet d'empêcher l'instruction de mon dossier ou de faire cesser l'aide à laquelle je peux éventuellement prétendre.

J'autorise le Département de l'Aude à utiliser les données personnelles qui me seront demandées pour le traitement de mon dossier, et, si besoin, à communiquer ces données aux personnes désignées destinataires devant intervenir dans la mise en œuvre de mon dossier

Une copie de la présente notice m'a été transmise.

Fait à

le

Signature