

CADRE RESERVE AU CONSEIL
DEPARTEMENTAL :

N° Dossier Familial :
N° de foyer :
N° Aide :
Gestionnaire :



Yvelines
Le Département

**ORGANISME AYANT CONSTITUE LA
DEMANDE ET PERSONNE REFERENTE :**

.....
.....
☎
.....

DEMANDE D'AIDE SOCIALE LEGALE

(cf page 6, liste des pièces à fournir)

POUR UNE PERSONNE AGEES

- l'aide ménagère
- la prise en charge de vos repas en foyer restaurant
- la prise en charge de vos frais d'hébergement :
- maison de retraite, long séjour ...
- accueil temporaire
- foyer logement
- famille d'accueil agréée

Nom et adresse de l'établissement d'accueil :

(BULLETIN D'ENTREE A JOINDRE IMPERATIVEMENT)

.....
.....
.....

POUR UNE PERSONNE HANDICAPEE

- l'allocation compensatrice (**Renouvellement**)
- pour tierce personne (ACTP)
- pour frais professionnels (ACFP)
- l'aide ménagère
- la prise en charge de vos repas en foyer restaurant
- la prise en charge de vos frais d'hébergement :
- maison de retraite, long séjour ...
- foyer logement
- famille d'accueil agréée
- établissement spécialisé (foyer d'hébergement, foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé)

- la prise en charge de vos frais de suivi ou
d'accueil de jour

Nom et adresse de l'établissement d'accueil :

(date d'entrée le cas échéant).....

.....
.....

MONSIEUR MADAME

VOUS ETES : célibataire marié(e) pacsé(e) union libre veuf(ve) séparé(e) divorcé(e)

NOM D'USAGE (OU MARITAL) (en majuscules)

NOM DE NAISSANCE (en majuscules)

PRENOMSDATE ET LIEU DE NAISSANCE | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | à.....

NATIONALITE Française Union Européenne Autre nationalité

POUR LES PERSONNES DE NATIONALITE ETRANGERE :

DATE D'ARRIVEE EN FRANCE | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

TITRE DE SEJOUR VALABLE DU | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ AU | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ (le cas échéant)

N° DE SECURITE SOCIALE | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | N°MATRICULE CAF | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

ETES VOUS RETRAITE(E) ? OUI, PRECISEZ VOTRE REGIME DE RETRAITE PRINCIPAL

NON

MUTUELLE OU ORGANISME COMPLEMENTAIRE OUI, PRECISEZ LE NOM DE L'ORGANISME

NON

L'ETAT CIVIL DE VOTRE CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E) OU DE VOTRE PARTENAIRE DE PACS

MONSIEUR

MADAME

NOM D'USAGE (OU MARITAL) (*en majuscules*)

NOM DE NAISSANCE (*en majuscules*)

PRENOMS DATE ET LIEU DE NAISSANCE | | | | | | | | | | à

NATIONALITE Française Communauté Européenne Autre nationalité

N° DE SECURITE SOCIALE | | | | | | | | | | | | | | | |

EST-IL (ELLE) RETRAITE(E) ? OUI, PRECISEZ SON REGIME DE RETRAITE PRINCIPAL

NON

EST-IL (ELLE) EN ACTIVITE ? OUI NON

DEMEURE-T-IL (ELLE) ? A VOTRE DOMICILE OUI NON

EN ETABLISSEMENT OUI NON

A UNE ADRESSE DIFFERENTE, LAQUELLE :

.....

VOTRE ADRESSE

lieu où vous résidez actuellement

ADRESSE

CHEZ.....

CODE POSTAL | | | | | | COMMUNE

DATE D'ARRIVEE A CETTE ADRESSE | | | | | | | | | | ☎

VOUS ETES : locataire propriétaire en établissement pour personnes âgées usufruitier(e)

hébergé(e) en famille d'accueil agréée en établissement personnes handicapées en viager

VOTRE ADRESSE PRECEDENTE
A remplir impérativement
pour les personnes accueillies
en établissement

A compléter obligatoirement si vous avez changé d'adresse depuis moins de 3 mois ou si vous êtes hébergé(e) en famille d'accueil agréée ou en établissement (maison de retraite, foyer logement, unité de vie, foyer jeunes travailleurs, ...)

DATE D'ARRIVEE A CETTE ADRESSE | | | | | | | | | | DATE DE DEPART | | | | | | | | | |

VOUS ETIEZ : locataire propriétaire en établissement pour personnes âgées usufruitier(e)

hébergé(e) en famille d'accueil agréée en établissement personnes handicapées en viager

ADRESSE.....

CHEZ.....

CODE POSTAL | | | | | | COMMUNE.....

VOTRE REPRESENTANT LEGAL

VOUS FAITES L'OBJET D'UNE MESURE DE : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

NOM ET PRENOM DU REPRESENTANT LEGAL (ORGANISME).....

ADRESSE.....

CODE POSTAL | | | | | | COMMUNE..... ☎

VOS REFERENTS ADMINISTRATIFS

Noms, prénoms, adresses et n° de téléphone

② **Coordonnées de la personne qui rencontre très régulièrement la personne âgée (lien de parenté s'il y a lieu)**

.....
 ☎

③ **Coordonnées de la personne destinataire de votre courrier.....**

..... ☎

LES PERSONNES A VOTRE CHARGE

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTE (*)
.....	_ / _ / _ _
.....	_ / _ / _ _
.....	_ / _ / _ _
.....	_ / _ / _ _

(*) enfant, père, mère, autre : préciser

**LE PATRIMOINE DE VOTRE FOYER (MONSIEUR ET MADAME)
 (à compléter obligatoirement pour tous les types de demandes)**

Je déclare, ainsi que mon conjoint ou mon concubin, posséder les biens **immobiliers** suivants :

Votre résidence principale			
Adresse _____ _____		<input type="checkbox"/> Occupée par : _____ <input type="checkbox"/> louée <input type="checkbox"/> Libre Si ce bien est en indivision, nombre de propriétaires : _____	
Vos autres biens immobiliers			
Adresse du bien	Nature du bien (maison, terrain, appartement...)	Nombre de propriétaires si le bien est en indivision	Location
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Je déclare, ainsi que mon conjoint ou concubin le cas échéant, ne posséder aucun patrimoine immobilier

Je déclare, ainsi que mon conjoint ou concubin le cas échéant, posséder des biens **mobiliers et/ou d'épargne** : dans ce cas, **remplir le tableau joint en annexe**

Je déclare, ainsi que mon conjoint ou concubin le cas échéant, ne posséder aucun placement financier

LES CHARGES DE VOTRE FOYER

JUSTIFICATIFS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT POUR LES DEMANDES D'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT SI LE CONJOINT, LE CONCUBIN OU LE PARTENAIRE DE PACS RESTE AU DOMICILE

- Loyer ou mensualités du (des) crédits relatifs à l'accèsion à la propriété (résidence principale),
- Charges locatives ou de copropriété (résidence principale),
- Electricité, gaz, eau, chauffage (fuel, bois, charbon) (résidence principale),
- Assurances : habitation, (résidence principale), responsabilité civile, voiture (une seule voiture),
- Pensions alimentaires versées (joindre la décision judiciaire ou celle du Conseil général le cas échéant),
- Impôts divers (locaux et fonciers (résidence principale), redevance TV, sur les revenus),
- Mutuelle du couple,
- Téléphone (factures et abonnement pour un seul téléphone, fixe ou portable),
- Charges liées à la scolarité des enfants âgés de moins de 25 ans (cantine, transport, assurances, frais de scolarité),
- Crédits personnels et/ou à la consommation : joindre une attestation sur l'honneur décrivant l'objet des crédits,
- Contrat obsèques

LES MEMBRES DE LA FAMILLE TENUS A L'OBLIGATION ALIMENTAIRE (O.A.)

A compléter uniquement pour les personnes âgées, n'ayant jamais eu de reconnaissance du statut d'adulte handicapé avant l'âge de 60 ans, et qui sollicitent la prise en charge de leurs frais d'hébergement.

Dans les Yvelines, l'obligation alimentaire n'est pas sollicitée envers les petits-enfants.

LIEN DE PARENTE	NOM, PRENOM	ADRESSE	O.A. DEMANDEE PAR LE C.C.A.S. LE :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

BENEFICIEZ-VOUS D'UNE DES PENSIONS, MAJORATIONS OU AIDES SUIVANTES, NON CUMULABLES AVEC L'ACTP ? (cocher la case correspondant à votre réponse)

TYPES D'AIDE	MONTANT	DATE DE FIN
Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Majoration pour aide constante d'une tierce personne ①	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Majoration de la rente au titre d'un accident de travail ①	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Allocation compensatrice pour tierce personne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Prestation de compensation du handicap ①	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Aide ménagère versée par la caisse de retraite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES/AVIS ET SIGNATURE DU MAIRE SAUF POUR L'ACTP

Fait à.....le.....

L'AIDE SOCIALE EST RECUPERABLE SAUF L'ALLOCATION COMPENSATRICE :

- ◆ Sur votre succession (en aucun cas sur les biens appartenant à vos parents ou enfants) ➤ *c'est le recours en récupération sur succession.*
En fonction des sommes avancées par le Département, cette récupération s'exerce au 1^{er} euro pour l'aide sociale à l'hébergement, au-delà d'un seuil pour les aides à domicile (46 000 euros).
Pour les personnes handicapées, il n'y a pas de récupération si les héritiers sont le conjoint, les parents, les enfants ou la personne ayant assumé de façon effective et constante la charge du handicapé.
- ◆ Sur vos revenus, si votre situation financière s'améliore, par exemple à la suite d'un héritage ➤ *c'est le retour à meilleure fortune.* Pour les personnes handicapées, aucune récupération, à l'exception des frais avancés pour l'aide ménagère et les repas.
- ◆ Sur la personne à laquelle vous avez fait donation, 10 ans avant la demande d'aide sociale ou après l'attribution de l'aide ➤ *c'est le recours contre le donataire.* Pour les personnes handicapées, aucune récupération à l'exception des frais avancés pour l'aide ménagère et les repas.
- ◆ Sur la personne que vous avez désignée comme légataire de vos biens ➤ *c'est le recours contre le légataire.* Pour les personnes handicapées, aucune récupération à l'exception des frais avancés pour l'aide ménagère et les repas.
- ◆ Sur le ou les bénéficiaire(s) d'un contrat d'assurance-vie, à concurrence de la fraction des primes versées après l'âge de 70 ans.

LA PRISE D'HYPOTHEQUE EST POSSIBLE :

Pour garantir la créance, le Département peut prendre une hypothèque sur vos biens immobiliers, **sauf pour les prestations à domicile**. Aucune prise d'hypothèque lorsque l'aide sociale est accordée à une personne handicapée.

LES FRAUDES OU FAUSSES DECLARATIONS :

Peuvent entraîner des poursuites judiciaires en application des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code Pénal.

CONFORMEMENT A LA LOI «INFORMATIQUE ET LIBERTES» DU 6 JANVIER 1978 :

Les renseignements portés sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique.

J'atteste sur l'honneur que :

- les renseignements portés sur ce document sont exacts,
- je m'engage à informer l'organisme qui a constitué la demande ou le Conseil départemental concerné de toute modification de ma situation ainsi que celle des personnes vivant au foyer et à faciliter toute enquête,
- 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.

LU ET APPROUVE, le

**Signature du demandeur
ou de son représentant légal
(Nom – Prénom en toutes lettres)**

Vous pouvez obtenir communication de ces informations et, le cas échéant, obtenir leur rectification, sur présentation d'une pièce d'identité, en vous adressant au service où vous avez déposé votre demande ou directement au Conseil départemental des Yvelines- Direction Gestion et Contrôle des Dispositifs- 2 place A. Mignot 78012 Versailles Cedex.

ENVOI DU DOSSIER

Pour les personnes accueillies en établissement (maison de retraite, foyer logement, unité de vie, foyer jeunes travailleurs ...) ou en famille d'accueil agréée, qui, avant leur entrée, étaient domiciliées depuis plus de 3 mois :

- dans un département autre que les Yvelines, le dossier est à envoyer au Conseil départemental de ce département
- dans le département des Yvelines, le dossier est à envoyer à la mairie ou au Centre Communal d'Action Sociale (C.C.A.S.) du lieu de résidence privée avant l'entrée en établissement.

Pour les personnes à domicile dans les Yvelines, le dossier doit être envoyé au C.C.A.S. du lieu de résidence. Pour le renouvellement de l'allocation compensatrice, il peut aussi être envoyé directement au Conseil départemental des Yvelines - Direction Gestion Contrôle des Dispositifs - Pôle Gestion et Contrôle des Aides - 2, place André Mignot 78012 Versailles Cedex

JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA DEMANDE

AIDE MENAGERE, FOYER REPAS, FRAIS D'HEBERGEMENT EN ETABLISSEMENT OU EN FAMILLE D'ACCUEIL AGRÉÉE

- copie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté Européenne ou extrait de naissance
- pour les personnes âgées de 60 à 65 ans, justificatif de l'inaptitude au travail
- pour les personnes hébergées en famille d'accueil, copie de l'arrêté d'agrément et du contrat d'accueil
- pour les personnes ayant eu avant 60 ans une reconnaissance du statut d'adulte handicapé, justificatif à fournir
- pour les personnes de nationalité étrangère, hors Communauté Européenne : copie **recto verso** du titre de séjour en cours de validité
- copie des 3 derniers justificatifs de revenus du foyer (*dernier avis de versement des retraites, rentes ou allocations, bulletins de salaire, relevés bancaires ...*)
- pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail : copie de la dernière notification d'attribution
- copie du dernier avis d'impôt sur le revenu (**les 4 pages**) et de la dernière déclaration fiscale du demandeur et le cas échéant de son conjoint, de son concubin ou de la personne partenaire de Pacs ou celui sur lequel le demandeur figure à charge
- copie des déclarations fiscales annuelles de chaque caisse de retraite du demandeur, et le cas échéant, de son conjoint ou de son concubin ou de la personne partenaire de Pacs
- justificatifs des revenus de capitaux mobiliers (joindre tableau récapitulatif disponible en annexe p8 et 9 : livrets d'épargne, assurance vie, autres...) et des revenus fonciers
- copie intégrale de l'avis d'imposition concernant la taxe foncière de chaque bien immobilier
- **pour les frais d'hébergement d'une personne âgée n'ayant jamais eu, avant l'âge de 60 ans, de reconnaissance du statut d'adulte handicapé** : copie intégrale du livret de famille mis à jour, du demandeur (*sauf pour les célibataires sans enfant*) et, le cas échéant, imprimés relatifs aux obligés alimentaires

RENOUVELLEMENT DE L'ALLOCATION COMPENSATRICE (ACTP – ACFP)

- pour les personnes de nationalité étrangère, hors Communauté Européenne : copie **recto verso** du titre de séjour en cours de validité
- copie du dernier avis d'impôt sur le revenu du demandeur (**les 4 pages**) et le cas échéant de son conjoint, de son concubin ou de la personne partenaire de Pacs ou celui sur lequel le demandeur figure à charge
- si le demandeur figure comme personne à charge sur l'avis d'impôt sur le revenu d'un tiers : justificatifs de ses revenus de capitaux mobiliers et de ses revenus fonciers
- relevé d'identité bancaire **original de moins de 3 mois au nom du demandeur si changement**
- certificat médical «personne adulte handicapé» complété par le médecin traitant sous pli cacheté

Annexe

Tableau récapitulatif des capitaux mobiliers concernant le foyer (Monsieur et Madame)

A joindre impérativement aux demandes d'aide sociale

CAPITAUX

(page 1 / 2)

RELEVÉ DES CAPITAUX MOBILIERS DU FOYER (imposables ou non) au 31/12/20__

(préciser l'année de référence)

Ce relevé est à renseigner pour Monsieur et Madame

NOM – Prénom(s) :

Dossier ASG n° (si connu)

A retourner par le demandeur ou son représentant légal **avec les justificatifs annuels délivrés par les organismes financiers :**

Conseil départemental des Yvelines
Direction Gestion et Contrôle des Dispositifs, Pôle Gestion et Contrôle des Aides
2, Place André Mignot
78012 Versailles cedex

PRODUITS FINANCIERS <i>(Joindre les justificatifs)</i>	MONTANT DU CAPITAL (en €)		Intérêts perçus du 01/01/20__ au 31/12/20__ <u>A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT CI-DESSOUS</u>		Si produit de capitalisation <u>date d'ouverture et terme</u>
	Monsieur	Madame	Monsieur	Madame	
- Livret A					
- Livret Bleu					
- Livret Jeune					
- Livret d'Épargne Populaire (LEP)					
- LDD (ex CODEVI)					
- Livret d'épargne entreprise					
- CEL(compte épargne logement) ou LEL					
- Livret B					
- Livret Grand Format					
- Livret Cerise					
- Assurances-vie					
- Plan d'Épargne Populaire					
- Plan d'Épargne Retraite Populaire (PERP)					
- P.E.A. (<u>compte titres</u>)					



RELEVÉ DES CAPITAUX MOBILIERS DU FOYER

(Monsieur et Madame)

PRODUITS FINANCIERS <i>(Joindre les justificatifs)</i>	MONTANT DU CAPITAL (en €)		Intérêts perçus du 01/01/20__ au 31/12/20__ <u>A RENSEIGNER</u> <u>OBLIGATOIREMENT</u> <u>CI-DESSOUS</u>		Si produit de capitalisation <u>date</u> <u>d'ouverture</u> <u>et terme</u>
	Monsieur	Madame	Monsieur	Madame	
- Plan Epargne Logement					
- Obligations – Actions (hors PEA)					
- SICAV (hors PEA)					
- Fonds Communs de Placement					
- S.C.P.I.					
- Parts Sociales					
- Bons d'Epargne					
- Bons de Caisse					
- Bons de capitalisation					
- Bons anonymes					
- Autres produits (à préciser)					

Date

Cachet de la Banque ou signature du
représentant légal ou du demandeur