

DEMANDE D'AIDE SOCIALE
À L'HÉBERGEMENT D'UNE PERSONNE
EN SITUATION DE HANDICAP

N° DOSSIER

NOM DU DEMANDEUR : **Prénom :**

Adresse actuelle :

Apt..... Étage Bâtiment Escalier..... Digicode

Code postal..... Commune

Date d'arrivée à cette adresse..... Téléphone *indispensable*

Courriel :

Préciser s'il s'agit :

- du domicile en qualité de : propriétaire - locataire - hébergé en famille - hébergé chez un tiers (*rayer les mentions inutiles*)
- d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées
- de l'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux

Adresse précédente :

.....

(avec dates d'arrivée et dates de départ)

À remplir **obligatoirement** si l'intéressé est soit en établissement (foyer-résidence, maison de retraite) soit réside à l'adresse actuelle depuis moins de 3 mois.

Le dossier de demande intégralement rempli, accompagné des pièces justificatives doit être adressé exclusivement par voie postale à :

Département de Seine-et-Marne
Direction des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées
Service des Prestations
Hôtel du Département
CS 50377
77010 MELUN cedex

IDENTITÉ - SITUATION	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
Nom de naissance		
Nom marital		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		
Nationalité (française, ressortissant de l'union européenne, autre...)		
Date d'arrivée en France pour les étrangers		
Situation de famille (marié(e), divorcé(e), veuf(ve), célibataire, concubin(e), pacsé(e))		
Organisme versant la ressource principale		
Situation du conjoint (retraité, salarié, pensionné, sans profession)		

COORDONNÉES DE LA PERSONNE RÉFÉRENTE DU DEMANDEUR

(enfant, parent, autre) à contacter pour la visite d'évaluation ou en cas d'urgence

M., M^{me} Lien de parenté

Adresse

Code postal Ville

Téléphone : courriel :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection : OUI (joindre une copie du jugement) non

Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle

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

.....

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES - Bénéficiez-vous déjà de :

Allocation compensatrice pour tierce personne	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prestation de compensation du handicap	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aide sociale en établissement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Allocation personnalisée d'autonomie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aide ménagère au titre de l'aide sociale par le Conseil général	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Majoration tierce personne	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aide ménagère versée par les caisses de retraite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	→ Nombre d'heures :	

• L'organisme intervenant :

• Caisse de retraite qui vous aide :

• ou mutuelle

• ou retraite complémentaire

Attention : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est cumulable ni avec la Prestation de Compensation du Handicap, ni avec l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne, ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne, ni avec la prestation d'aide ménagère versée par le Département.

RESSOURCES ANNUELLES

	Montant annuel perçu par le demandeur (en €)	Montant annuel perçu par le conjoint ou concubin ou pacsé (en €)
Revenu principal (à préciser)		
Revenus complémentaires (à détailler)		
Pension invalidité, rente (viagère, assurances...)		
Traitements et salaires		
Bénéfices commerciaux		
Bénéfices agricoles		
Revenus locatifs (ou fonciers)		
Allocations diverses (ex : allocation aux adultes handicapés, allocation spéciale vieillesse, pension alimentaire)		
TOTAL ANNUEL		

VOS BIENS IMMOBILIERS

	Propriété(s) bâtie(s)	Propriété(s) non bâtie(s)
Nature (précisez : résidence principale, résidence secondaire, terrain)		
Adresse(s)		
Valeur(s) locative(s) en € (voir taxe foncière)		
Montant des revenus procurés par le bien		
Usage actuel (précisez si occupé par demandeur, occupé à titre gratuit, location, en fermage, inoccupé)		

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) M. ou M^{me} :

agissant : en mon nom propre en qualité de représentant de M. ou M^{me}

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et dans les documents annexes. Je suis informé(e) que pour vérifier les déclarations, les services du Département peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer (art. L 232-16 de la loi du 20/07/2001 instaurant l'APA). Toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières prévues par la Loi (articles L 433-19, L 441-7, L313-1 et L313-3 du code pénal).

Fait le à

Signature

Avis motivé sur les avantages sollicités :

Signature du Président de la Commission Administrative du Centre Communal d'Action Sociale

Décision de l'autorité compétente :

CNIL - Commission Nationale Informatique et Liberté

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au traitement des dossiers d'allocation personnalisée d'autonomie. Les destinataires des données sont les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la Direction des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées, par voie postale à l'adresse postale suivante : Département de Seine-et-Marne - DPAPH - Service des Prestations - Hôtel du Département - CS 50377 - 77010 Melun cedex.

**LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES
LORS DE LA CONSTITUTION DU DOSSIER
D'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT D'UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP**

- Imprimé de demande dûment complété et signé ;**
- Justificatif de domicile datant de plus de 3 mois** (quittance de loyer ou attestation d'hébergement ou taxe d'habitation et taxes foncières ou attestation sur l'honneur précisant ni propriétaire ni usufruitier) ;
- Photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou un extrait de naissance** (pour le demandeur de nationalité française) ;
- Photocopie du passeport de la communauté européenne** (pour les demandeurs de nationalité autre que française, mais appartenant à la communauté européenne) ;
- Photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité** (pour les demandeurs de nationalité étrangère, hors communauté européenne) ;
- Photocopie en intégralité des deux derniers avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu ;**
- Justificatifs des ressources perçues par le foyer** (pensions, rentes viagères, salaire, dernière déclaration fiscale de toutes les caisses de retraite ou autres organismes : CAF, CPAM, Compagnie d'assurances...) ;
- Photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties ;**
- Justificatifs de revenus de capitaux mobiliers et immobiliers imposables ou non** (revenus des placements financiers, revenus fonciers, livrets A, Livret Développement Durable, PEP, contrat d'assurances vie...) ou attestation sur l'honneur que vous n'êtes titulaire d'aucun compte ni livret et intérêts perçus année N-1 ;
- Photocopie du jugement de tutelle ou curatelle le cas échéant ;**
- Un bulletin de situation en cas d'hospitalisation ;**
- Un bulletin de situation de l'établissement d'accueil actuel ;**

Avez-vous fait une donation, un partage ou une vente oui non
Si oui, joindre la copie intégrale de l'acte notarié.
- Décision d'orientation de la CDAPH ;**
- Copie de la carte d'invalidité recto-verso + notification de la 1^{re} attribution.**

CONSÉQUENCES DE L'ADMISSION À L'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT PERSONNES HANDICAPÉES

Madame, Monsieur,

Si vous demandez à bénéficier de l'aide sociale pour la prise en charge de vos frais d'hébergement en établissement, je vous prie de noter les précisions suivantes :

- Conformément à la loi (article L 132-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles), le Département peut réclamer **une récupération des sommes versées** :

a) au bénéficiaire de l'aide sociale, après son décès, par prélèvement sur sa succession, sauf si l'héritier est le conjoint, les enfants, les parents ou la personne ayant eu la charge constante et effective du bénéficiaire.

Les sommes versées au titre de **l'aide sociale à l'hébergement** sont récupérées sans franchise sur l'actif net successoral.

- Conformément à l'article L 132-9 du Code de l'Action Sociale et des Familles, les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'aide sociale font l'objet d'une hypothèque légale en garantie des recours indiqués ci-dessus sauf si l'héritier est le conjoint, les enfants, les parents ou la personne ayant eu la charge constante et effective du bénéficiaire.

- Quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 317-7 et 313-8 du Code Pénal, en plus du reversement des sommes payées.

- Quand une personne bénéficie de **l'aide sociale à l'hébergement**, l'époux doit s'acquitter de sa contribution aux charges du mariage (articles 212 et 214 du même code).

Je soussigné(e),

déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus. J'autorise le Président du Département à demander aux administrations compétentes toute information, notamment cadastrale, sur mon patrimoine.

À le,

Signature du demandeur
ou de son représentant légal

RELEVÉ DE CAPITAUX PLACÉS (imposables ou non imposables du foyer)

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur le présent document sont exacts.

PRODUITS	CAPITAL	INTÉRÊTS OU DIVIDENDE PERÇUS OU CAPITALISÉS DE L'ANNÉE ÉCOULÉE
Compte chèques / comptes courants		
Livrets d'épargne		
1 ^{er} livret		
2 ^e livret		
Livret d'épargne populaire (LEP)		
Livret de développement durable (LDD)		
Livret ou compte épargne logement		
Bons d'épargne, bons de caisse, bons de capitalisation		
Epargne assurance vie		
PEP		
Obligations, actions		
SICAV et fonds communs de placement		
SCPI		
Bons anonymes		
Autres (préciser)		

Fait à le,

Signature