

## CHARGES MENSUELLES DU DEMANDEUR

- Loyers et charges relatifs à l'habitation (loyer, taxes foncières, taxes d'habitation...) : .....
- Pensions ou obligations alimentaires versées : .....
- Frais de tutelle (précisez si mensuels, trimestriels ou annuels) : .....
- Assurance Responsabilité Civile (montant annuel): .....
- Mutuelle (précisez si mensuels, trimestriels ou annuels) : .....

## LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET/OU D'EMPRISONNEMENT QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU FAUSSES DÉCLARATIONS (ARTICLES L441-1 ET SUIVANTS DU CODE PÉNAL)

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant de .....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

A ..... Le ..... / ..... / .....

Signature :

DÉPARTEMENT DE  
**L'EURE**  
en Normandie

### Délégation sociale

Direction Solidarité Autonomie  
Pôle Prestations

## DÉPARTEMENT DE L'EURE. VOS DROITS INFORMATIQUE ET LIBERTÉS




Les informations demandées dans ce formulaire sont destinées à instruire votre dossier de demande d'aide sociale à domicile ou en établissement. Un défaut de réponse entraînera des retards ou l'impossibilité de gérer votre dossier.

Les destinataires sont la mission prestations de la Direction Solidarité Autonomie au Conseil départemental de l'Eure et le centre communal d'action sociale de la mairie. Conformément à l'article 39 de la loi du 6 janvier 1978 vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez formuler votre demande par courrier, auprès de la Direction Solidarité Autonomie, Boulevard Georges Chauvin 27021 Evreux Cedex.

### HOTEL DU DÉPARTEMENT

Boulevard Georges-Chauvin  
CS 72101  
27021 Evreux Cedex

Tél 02 32 31 93 10 fax 02 32 39 91 95

 www.eureenligne.fr  www.facebook.com/eureenligne  www.twitter.com/DepartementEure



### Délégation sociale

Direction Solidarité Autonomie  
Pôle Prestations

### HOTEL DU DÉPARTEMENT

Boulevard Georges-Chauvin  
CS 72101  
27021 Evreux Cedex

Tél 02 32 31 93 10 fax 02 32 39 91 95

# DEMANDE D'AIDE SOCIALE A DOMICILE OU EN ÉTABLISSEMENT

NOM, PRÉNOM : .....

COMMUNE : ..... CANTON : .....

DEMANDE D'AIDE SOCIALE À COMPTER DU : .....

*Dépôt du dossier impérativement dans les 2 mois suivant la date de prise en charge souhaitée.*

## PERSONNE DE PLUS DE 60 ANS

### POUR UNE AIDE A DOMICILE

AIDE MENAGÈRE  1<sup>ère</sup> demande  Renouvellement

### POUR UNE AIDE EN ACCUEIL FAMILIAL

AIDE SOCIALE À L'HEBERGEMENT EN FAMILLE D'ACCUEIL AGRÉÉE  1<sup>ère</sup> demande  Renouvellement

### POUR UNE AIDE EN ETABLISSEMENT

AIDE SOCIALE À L'HEBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENT  1<sup>ère</sup> demande  Renouvellement

MR  USLD

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : ..... COMMUNE : .....

## PERSONNE DE MOINS DE 60 ANS

### POUR UNE AIDE A DOMICILE

AIDE MENAGÈRE  1<sup>ère</sup> demande  Renouvellement

### POUR UNE AIDE EN ACCUEIL FAMILIAL

AIDE SOCIALE À L'HEBERGEMENT EN FAMILLE D'ACCUEIL AGRÉÉE  1<sup>ère</sup> demande  Renouvellement

### POUR UNE AIDE EN ETABLISSEMENT

AIDE SOCIALE À L'HEBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENT  1<sup>ère</sup> demande  Renouvellement

Accueil de jour/SAJAIS  FAM  FO  Hébergement annexé à ESAT  IME

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

NOM  
 NOM DE JEUNE FILLE  
 PRENOM  
 DATE ET LIEU DE NAISSANCE  
 NATIONALITE  
 N° DE SECURITE SOCIALE  
 EMPLOI OU ACTIVITE  
 NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR

LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU CONCUBIN
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### SITUATION FAMILIALE

Marié(e)  Veuf(ve)  Célibataire  Vie maritale  Divorcé(e)  Pacsé(e)  Séparé(e) de fait  
 Séparé(e) de corps et de biens

### ADRESSE ACTUELLE (n°, rue, code postal et commune)

DATE D'ARRIVEE A CETTE ADRESSE : ..... / ..... / .....

DOMICILE ..... TÉLÉPHONE : .....

**ETES-VOUS**  Propriétaire  Usfruitier  Locataire  Logé(e) a titre gracieux

FOYER LOGEMENT ..... TÉLÉPHONE : .....

FAMILLE D'ACCUEIL ..... TÉLÉPHONE : .....

ÉTABLISSEMENT (préciser si maison de retraite, E.S.A.T., foyer occupationnel, F.A.M, long séjour...)

### ADRESSE PRÉCÉDENTE (n°, rue, code postal et commune)

CECI EST IMPERATIF POUR DÉTERMINER LA COMPÉTENCE DU DÉPARTEMENT

DATE D'ARRIVÉE A CETTE ADRESSE ..... / ..... / ..... DATE DE DÉPART ..... / ..... / .....

**ETIEZ-VOUS**  Propriétaire  Usfruitier  Locataire  Logé(e) a titre gracieux

**MESURE DE PROTECTION**  Aucune  Sauvegarde de justice  Curatelle  Tutelle  MASP

NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE PHYSIQUE OU DE L'ASSOCIATION CHARGÉ(E) D'EXERCER LA MESURE  
 (joindre la copie du jugement) :

## BENEFICIEZ-VOUS ACTUELLEMENT

De services ménagers :  oui  non

D'une allocation compensatrice pour tierce personne :  oui  non

D'une majoration pour l'aide constante d'une tierce personne :  oui  non

D'une prestation de compensation du handicap :  oui  non

D'une allocation personnalisée d'autonomie :  oui  non

## RESSOURCES ANNUELLES DU DEMANDEUR

RESSOURCES	PERIODICITE *	LE DEMANDEUR	CONJOINT OU CONCUBIN
TRAITEMENTS ET SALAIRES, INDEMNITÉS JOURNALIÈRES			
PENSIONS, RETRAITES...			
REVENUS AGRICOLES			
BIC, PROFESSIONNELS			
PENSIONS D'INVALIDITÉ, RENTE ACCIDENT DU TRAVAIL			
PENSIONS VICTIME DE GUERRE			
ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ ET COMPLÈMENTS			
PRESTATIONS FAMILIALES			
ALLOCATION LOGEMENT			
ALLOCATION CHÔMAGE			
PENSIONS ALIMENTAIRES PERÇUES			
REVENUS FONCIERS			

\* M = Mensuellement. T = Trimestriellement. S = semestriellement. A = annuellement

## PATRIMOINE DU DEMANDEUR

BIENS IMMOBILIERS	ADRESSE	NATURE	VALEUR ESTIMÉE
BATI			
NON BATI			

NOM ET ADRESSE DU NOTAIRE : .....

BIENS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE VENTE OU D'UNE DONATION DANS LES 10 ANS PRÉCÉDENTS LA DEMANDE :

NOM ET ADRESSE DU BÉNÉFICIAIRE	NATURE	VALEUR DÉCLARÉE	NOM ET ADRESSE DU NOTAIRE, LE CAS ÉCHÉANT

## CAPITAUX PLACES DU DEMANDEUR

Si vous attestez sur l'honneur n'avoir ni capitaux, ni placements, cochez la case ci-contre

Livrets d'Épargne - joindre justificatifs

LIVRET (A, LEP...)	CAPITAL	INTÉRÊTS

Autres contrats d'épargne (assurance-vie, actions, obligations, titres...) - joindre justificatifs

CONTRAT	CAPITAL	REVENU ANNUEL