

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 À DOMICILE

Aide menagère 1^{ère} demande Renouvellement

POUR UNE AIDE EN ACCUEIL FAMILIAL

Aide sociale à l'hébergement en famille d'accueil agréée 1^{ère} demande Renouvellement

POUR UNE AIDE EN ÉTABLISSEMENT

Aide sociale à l'hébergement en établissement 1^{ère} demande Renouvellement MR USLD

Nom de l'établissement : Commune :

PERSONNE DE MOINS DE 60 ANS

POUR UNE AIDE À DOMICILE

Aide menagère 1^{ère} demande Renouvellement

POUR UNE AIDE EN ACCUEIL FAMILIAL

Aide sociale à l'hébergement en famille d'accueil agréée 1^{ère} demande Renouvellement

POUR UNE AIDE EN ÉTABLISSEMENT

Aide sociale à l'hébergement en établissement 1^{ère} demande Renouvellement

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

	Demandeur	Conjoint(e)/concubin(e)
Nom		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Numéro de sécurité sociale		
Emploi ou activité		
Nom et adresse de l'employeur		

SITUATION FAMILIALE

- Marié(e) Veuf/Veuve 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'arrivée à cette adresse : / /

Domicile :
..... Téléphone :

VOUS ÊTES Propriétaire Usufruitier Locataire Logé(e) à titre gracieux

Foyer logement :
..... Téléphone :

Famille d'accueil :
..... Téléphone :

Établissement (préciser si maison de retraite, ESAT, foyer occupationnel, FAM, long séjour...) :
.....
.....

ADRESSE PRÉCEDENTE (n°, rue, code postal et commune)

Ceci est impératif pour déterminer la compétence du Département

Adresse :
.....

Date d'arrivée à cette adresse : / /

Date de départ : / /

VOUS ÊTIEZ Propriétaire Usufruitier Locataire Logé(e) à 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) :
.....
.....

BÉNÉFICIEZ -VOUS ACTUELLEMENTDe services ménagers : Oui NonD'une allocation compensatrice pour tierce personne : Oui NonD'une majoration pour l'aide constante d'une tierce personne : Oui NonD'une prestation de compensation du handicap : Oui NonD'une allocation personnalisée d'autonomie : Oui NonD'une carte d'invalidité : Oui Non Depuis le : / / Taux d'invalidité :D'un contrat obsèques : Oui Non Date de souscription : / / Capital garanti :**RESSOURCES ANNUELLES DU DEMANDEUR**

Ressources	Périodicité *	Demandeur	Conjoint(e)/concubin(e)
Traitements et salaires, indemnités journalières			
Pensions, retraites...			
Revenus agricoles			
BIC, professionnels			
Pensions d'invalidité, rente accident du travail			
Pensions victime de guerre			
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 PLACÉS 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

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.

À Le / /

Signature :

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 Autonomie et Santé 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 Autonomie et Santé, Boulevard Georges-Chauvin 27021 Evreux Cedex.

DÉLÉGATION SOLIDARITÉS – Direction Autonomie et Santé

HÔTEL DU DÉPARTEMENT

14, boulevard Georges-Chauvin

CS 72101

27021 Evreux Cedex

Tél 02 32 31 96 84