

Dossier n° :

--	--	--	--	--	--	--	--

N° d'aide :

--	--	--	--	--	--	--	--

DEMANDE D'AIDE SOCIALE

NOM :

Prénom :

Commune :

Participation de l'aide sociale pour une personne âgée de 60 ans et plus

- aux frais d'hébergement en établissement
- aux frais d'hébergement en accueil familial

Participation de l'aide sociale pour une personne handicapée de moins de 60 ans

- aux frais d'hébergement en établissement
- aux frais d'hébergement en accueil familial
- à la prise en charge par un service d'accompagnement à la vie sociale
- à la prise en charge par un service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé

Participation de l'aide sociale aux frais d'aide à domicile

- prestation d'aide-ménagère
- allocation représentative de services ménagers
- repas en restaurant habilité au titre de l'aide sociale

Renouvellement des allocations compensatrices

- allocation compensatrice pour tierce personne
- allocation compensatrice pour frais professionnels

cocher la case correspondante

DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Renseignements concernant le demandeur

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

.....

Code postal : Commune :

Téléphone : (ou le cas échéant coordonnées de la personne référente)

Mesures de protection :

Tutelle : oui non
Curatelle : oui non

Sauvegarde de justice : oui non

Nom et coordonnées du gérant de la mesure :
(joindre copie de la mesure)

Mesure demandée le :
(le cas échéant)

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

Objet de la demande :

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

Précisions concernant la demande :
Indiquer s'il y a lieu l'établissement, le service prestataire, les dates d'entrée et de sortie, les frais prévisibles, etc...

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

Renseignements complémentaires concernant le demandeur :

à ne renseigner que dans le cas d'une demande d'aide sociale à l'hébergement.

Assurance maladie du demandeur	Organisme : centre de paiement et adresse :	N° d'affiliation :
Organisme complémentaire (mutuelle – assurance)	Organisme : centre de paiement et adresse :	N° d'affiliation : date d'adhésion :

Commentaires le cas échéant :

Avis du CCAS :

Article L. 133-6 du Code de l'action sociale et des familles :

Le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par les articles 313-1, 317-7 et 313-8 du Code pénal

Article 9 du décret n°54-883 du 2 septembre 1954 :

Lorsque les décisions administratives ont été prises sur la base de déclarations incomplètes ou erronées, il peut être procédé à leur révision avec répétition de l'indu.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

Les renseignements fournis ont fait l'objet d'une vérification par le centre communal d'action sociale.

à _____ le :

signature du demandeur

à _____ le :

signature du Maire ou du Président du CCAS

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels. Conformément à cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

- 1- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide sociale.
- 2- En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant votre identité à :

Monsieur le Président du Conseil général,
HÔTEL DU DÉPARTEMENT
DSPAPH - SRS
94054 CRÉTEIL CEDEX

Dossier n° :

--	--	--	--	--	--	--	--

Membres de la famille tenus au devoir de secours ou à l'obligation alimentaire :
à renseigner uniquement pour les demandes de participation de l'aide sociale aux frais d'hébergement d'une personne âgée

Nom prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Profession	N° de personne
	<input type="text"/>	conjoint		<input type="text"/>
adresse précise :				
	<input type="text"/>			<input type="text"/>
adresse précise :				
	<input type="text"/>			<input type="text"/>
adresse précise :				
	<input type="text"/>			<input type="text"/>
adresse précise :				
	<input type="text"/>			<input type="text"/>
adresse précise :				
	<input type="text"/>			<input type="text"/>
adresse précise :				
	<input type="text"/>			<input type="text"/>
adresse précise :				
	<input type="text"/>			<input type="text"/>
adresse précise :				
	<input type="text"/>			<input type="text"/>
adresse précise :				