

## DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE

COMMUNE DE : .....

### Informations concernant le demandeur de l'aide sociale

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

### Aides sollicitées

#### PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HEBERGEMENT

Établissement pour personnes âgées

Résidence autonomie

Petite unité de vie

Établissement pour personnes handicapées

Foyer Logement

Accueil familial

Date d'entrée en établissement : .....

#### AIDE MENAGERE A DOMICILE

Nom du prestataire choisi ayant signé un CPOM (voir liste à disposition au CCAS) :

.....

.....

#### FRAIS DE REPAS

Première demande

Renouvellement

Révision

Numéro de classothèque :  
(Cadre réservé à l'administration)

## Etat Civil

(Joindre obligatoirement le ou les livrets de familles)

	Le demandeur	Conjoint(e)
Nom de naissance		
Nom marital		
Prénom		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Situation familiale	<ul style="list-style-type: none"><li>• Marié(e)</li><li>• Concubin(e)</li><li>• Pacsé(e)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Veuf ou veuve</li><li>• Célibataire</li><li>• Divorcé(e)</li></ul>
Numéro allocataire (CAF)		

## Personnes à charge

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté

## Représentant légal (Joindre obligatoirement le jugement)

Oui

Nom et prénom du représentant légal (ou organisme) : .....

.....

Téléphone : ..... Mail : .....

Adresse : .....

.....

Non

Nom et prénom du référent : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Adresse : .....

.....

## Adresse de la personne pour laquelle l'aide est demandée

N° et voie : .....

.....

Code postal : ..... Commune : .....

### Précisez s'il s'agit :

d'un domicile privé.

de l'établissement d'hébergement (joindre le bulletin d'entrée).

de l'accueil chez un particulier à domicile à titre onéreux (Famille d'accueil).

## Adresse précédente (à renseigner impérativement), dernière adresse du domicile privé

Date d'arrivée : ..... Date de départ : .....

N° et voie : .....

.....

Code postal : ..... Commune : .....

<b>Ressources mensuelles (joindre les justificatifs)</b>		
<b>RESSOURCES</b>	<b>Demandeur</b>	<b>Conjoint(e)</b>
Salaire		
Retraite principale		
Retraite complémentaire 1		
Retraite complémentaire 2		
Retraite complémentaire 3		
Retraite complémentaire 4		
Pension de réversion		
Allocation adulte handicapé		
Pension d'invalidité		
Majoration tierce personne		
Allocation logement		
Revenus fonciers		
Revenus des valeurs mobilières		
Pensions alimentaires		
Rentes		
Autres		

<b>Charges mensuelles (joindre les justificatifs)</b>		
<b>Charges</b>	<b>Demandeur</b>	<b>Conjoint(e)</b>
Impôt sur les revenus		
Mutuelle		
Responsabilité Civile		
Frais de gestion de tutelle		

## Capitaux mobiliers

### 1 - Epargne :

(livret A, livret de développement durable, compte épargne logement, plan d'épargne logement, valeurs mobilières, obligations, actions...)

Le demandeur est-il titulaire de livrets ou comptes épargnes  oui  non si oui, merci de joindre les justificatifs pour chacun des comptes.

Intitulé du livret ou compte épargne	Coordonnées de l'établissement bancaire	Numéro de compte	Solde au jour de la demande	Coordonnées des personnes ayant une procuration sur le compte		
				Nom et prénom	Adresse et numéro téléphone	Lien de parenté

Le demandeur est-il titulaire d'un contrat obsèques et/ ou assurance décès ?  Oui  non  
Si oui, merci de joindre les justificatifs.

## 2 - Biens immobiliers : (maison, appartement, terrain.....)

Le demandeur est-il propriétaire de biens immobiliers ?  oui  non *si oui, merci de joindre les justificatifs pour chacun des biens taxe foncière et actes notariés*

Nature du bien (maison, appartement, terrain)	Adresse complète du bien	Nom et adresse du notaire ayant établi l'acte	Mode acquisition du bien (achat, donation, succession)	Régime de propriété (totale, usufruit, indivision...)

## 3 - Assurance vie :

Le demandeur a-t-il souscrit à un ou des contrats assurance vie ?  oui  non *si oui, merci de joindre la copie intégrale du ou des contrats.*

Date de la souscription	Nom et coordonnées de la compagnie d'assurance	Montant du capital investi	Montant actuel du capital	Nom et coordonnées des bénéficiaires désignés en cas de décès

#### 4 - Donation :

Le demandeur a-t-il consenti une ou des donations ?       oui       non

#### A - Donation de liquidités

Date de la donation	Montant de la donation	Nom et coordonnées des bénéficiaires de la donation	Nom et adresse du notaire si la donation a été consentie devant un notaire (joindre la copie de l'acte)

#### B - Donation de biens immobiliers

Date de la donation	Montant de la donation	Nom et coordonnées des bénéficiaires de la donation	Nom et adresse du notaire (joindre la copie de l'acte)

## Membres de la famille tenues à l'obligation alimentaire (conjoint, enfants, gendres, belles-filles)

A remplir uniquement dans le cadre d'une demande de prise en charge des frais d'hébergement en établissement (EHPAD, long séjour, foyer-logement, petite unité de vie, résidence autonomie) ou en famille d'accueil.

NOM, PRENOM	Date de naissance	Situation familiale	Lien de parenté	Adresse complète	Autres coordonnées (tel, mail)



## CONSEQUENCES DE L'ADMISSION A L'AIDE SOCIALE

Je soussigné(e) (nom et prénom du demandeur) : .....

### **Concernant l'aide à l'hébergement :**

Dès l'entrée en établissement, je m'engage à déposer au comptable une provision dont le montant mensuel est calculé selon mes ressources et conformément à la législation en vigueur.

Je m'engage à reverser mensuellement ou trimestriellement l'intégralité de ma contribution à l'établissement. En cas de non versement, l'établissement demandera la perception directe de mes ressources et un rejet de prise en charge au titre de l'aide sociale pourra être prononcé par le Département.

Des recours peuvent être exercés par le Département et sous certaines conditions contre :

- **Ma succession** au 1er euro dans la limite de 90% de l'actif net successoral et du montant de la créance.
- **Mon donataire** au 1er euro dans la limite du montant de la donation et de la créance.
- **Mon légataire** : au 1er euro dans la limite du montant du legs et de la créance
- **Mon assurance-vie** : souscrite à concurrence de la fraction des primes versées après l'âge de soixante-dix ans.

Le Président du Département de l'Isère peut inscrire une hypothèque sur mes immeubles afin de garantir les recours en récupération des sommes avancées au titre des frais d'hébergement.

### **Je certifie sur l'honneur :**

- L'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier,
- Avoir pris connaissance des conséquences de l'admission à l'Aide Sociale, notamment des sanctions encourues en cas de déclaration inexacte ou incomplète.
- Je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.
- Je suis informé(e) que les agents des administrations fiscales sont habilités à communiquer aux services du Conseil départemental les renseignements qu'ils détiennent et qui sont nécessaires pour instruire ma demande d'aide sociale.
- Je suis informé(e) que le Président de Conseil départemental peut solliciter auprès des organismes et administrations compétentes, toute évaluation de mon patrimoine, notamment cadastral.
- Atteste que j'ai pris connaissance de mes droits sur le traitement de mes données à caractère personnel recueillies par le Département (ci-dessous).

### **Information relative aux droits sur le traitement de mes données à caractère personnel :**

*Le Département de l'Isère est le responsable du traitement n°08.01.03, destiné à gérer l'aide sociale générale (hors APA). Les informations collectées, fournies par vos soins sur ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique auquel vous consentez car le dispositif relève de la base légale « obligation légale » ([Décret n°2017-880 du 9 mai 2017](#)).*

Toutes les informations demandées sur ce formulaire sont obligatoires. Ces informations sont utilisées par les services du Département de l'Isère chargés d'instruire le dispositif et par les organismes tiers habilités. Les données à caractère personnel sont conservées 2 ans après votre sortie du dispositif, à l'exception des pièces comptables qui sont conservées 10 ans.

Conformément au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) et à la loi informatique et libertés modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation ou d'opposition des informations qui vous concernent. Pour exercer ces droits, vous devez adresser votre demande, en justifiant de votre identité, par mail ([dpo@isere.fr](mailto:dpo@isere.fr)) ou par voie postale (Département de l'Isère, Délégue à la Protection des Données (DPO), CS 41096, 38022 Grenoble Cedex 1). En cas de non réponse dans les délais légaux, vous pourrez introduire une réclamation auprès de la CNIL (3 Place Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

A : ..... le : .....

**Signature du demandeur ou de son représentant légal :**

### **MAIRIE- CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE**

Avis motivé du Maire ou du C.C.A.S :

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

Le Maire, soussigné, certifie que les renseignements fournis ont fait l'objet d'une vérification par ses services. Il atteste qu'à sa connaissance le demandeur ne possède aucune autre source de revenus.

A : ..... le : .....

**Signature du Maire et cachet :**

# LISTE DES PIÈCES A FOURNIR DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE D'AIDE SOCIALE

## Pièces communes à toutes les demandes :

Etat civil : photocopie	Situation financière	Ressources : justificatifs	Charges : justificatif du montant
Carte d'identité ou carte de résident ou titre de séjour en cours de validité	Copie des 3 derniers relevés bancaires	Pensions, retraites, A.A.H, indemnités Pôle Emploi, indemnités Sécurité Sociale, rente accident du travail, autres...	Mutuelle
Copie intégrale du (ou des) livrets de famille	Justificatifs des placements financiers	Notification CAF de l'allocation logement Ou preuve de dépôt suite à votre entrée	Responsabilité civile
Jugement du régime de protection (tutelle, curatelle...)	Dernier avis d'imposition sur le revenu et la taxe foncière		Frais de gestion de la mesure de protection

## Pièces supplémentaires à fournir :

Etablissement pour personnes âgées	Etablissement pour personnes en situation de handicap :	Hébergement en accueil familial
Bulletin d'entrée	Bulletin d'entrée	Contrat d'accueil RIB Agrément de la famille pour les accueils hors-Isère
S'il y a lieu, justificatif du taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 80% si reconnu avant l'âge de 65 ans par la CDAPH		