

*Ce dossier doit être déposé à la mairie de votre résidence
muni de toutes les pièces justificatives demandées.*

RESSOURCES ANNUELLES	MONTANT ANNUEL en € VERSÉ AU DEMANDEUR	MONTANT ANNUEL en € VERSÉ AU CONJOINT OU A LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT ou PACSE
⇒ PENSIONS ET RETRAITES (nom des organismes payeurs) :		
- _____		
- _____		
- _____		
- _____		
⇒ Prestations familiales (AAH, allocations familiales, allocation logement...) :		
- _____		
- _____		
- _____		
- _____		
- Salaires		
- Allocation supplémentaire		
- Pension d'invalidité		
- Rente accident du travail / Rente viagère		
- Revenus fonciers		
- Revenus agricoles		
- Pensions de guerre, autres (à préciser)		

MEMBRES DE LA FAMILLE (père, mère, enfants, gendres, belles-filles, petits-enfants)

NOM - PRÉNOM	PARENTÉ	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE PRÉCISE

Le maire soussigné certifie que les renseignements fournis ont fait l'objet d'une vérification par le Centre communal d'action sociale. Il atteste qu'à sa connaissance le demandeur ne possède aucune autre source de revenu.

Avis motivé sur les avantages sollicités. _____

À _____, le _____

Signature du maire et cachet :



DGA " COHÉSION SOCIALE ET TERRITOIRES "
 MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE

**DEMANDE D'AIDE SOCIALE À DOMICILE
OU EN ÉTABLISSEMENT D'UNE PERSONNE
HANDICAPÉE ET/OU ÂGÉE**

N° DOSSIER : _____

MERCI DE REMPLIR CE DOSSIER AU STYLO NOIR

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____
COMMUNE : _____ **CANTON :** _____
T. _____ **COURRIEL :** _____
PERSONNE POUVANT ÊTRE VOTRE RÉFÉRENT :
NOM _____ **PRÉNOM** _____
ADRESSE _____
T. _____ **COURRIEL** _____

NATURE DE LA DEMANDE :

- AIDE MÉNAGÈRE À DOMICILE AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE :
 AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT
 AUTRES

S'AGIT-IL DE : 1^{ère} demande renouvellement

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 32 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

- 1 - Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse - **un dossier dont les rubriques seraient non remplies par oui ou par non sera considéré comme incomplet** - entrainera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- 2 - Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.
- 3 - En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement qu'ils peuvent exercer auprès du correspondant Informatiques et libertés - Maison du Département - 50050 Saint-Lô cedex (cnil@manche.fr).
- 4 - La décision d'accord ou de rejet d'aide sociale, sera transmise à la mairie dont relève votre résidence.

Ce document est à transmettre à la Maison De l'Autonomie - Service gestion des droits

Adresse postale :
 Conseil départemental de la Manche
 50050 SAINT-LÔ CEDEX

Accueil : Maison des Solidarités de la Manche
 586, rue de l'exode à SAINT LO
 T. 02 33 05 55 50 - F. 02 33 77 79 95

IDENTITÉ Situation familiale	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
Nom (marital pour les femmes) Nom de jeune fille		
Prénoms		
Date et lieu de naissance		
N° d'assuré social		
Organisme d'assurance maladie		
Nom de votre complémentaire santé		
Nationalité		
Date d'arrivée en France pour les étrangers		
Situation familiale : célibataire, marié(e), vie maritale, divorcé(e), veuf(ve), pacsé(e)		
Nom et adresse de votre caisse de retraite principale		

NOM DE VOTRE MÉDECIN TRAITANT : _____ COMMUNE : _____

ADRESSE OÙ VIT LE DEMANDEUR
Rue _____ N° _____
Bâtiment _____ Étage _____ Code postal _____
Commune _____
Numéro de téléphone (précisez si liste rouge) _____
Précisez s'il s'agit :
<input type="checkbox"/> de votre domicile <input type="checkbox"/> domicile de vos enfants <input type="checkbox"/> logement-foyer <input type="checkbox"/> maison de retraite
<input type="checkbox"/> établissement de moins de 25 lits pour personnes âgées <input type="checkbox"/> établissement pour personnes handicapées
<input type="checkbox"/> de l'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989
Êtes-vous : <input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> propriétaire
Si vous résidez depuis moins de trois mois à cette adresse ou si vous vivez en établissement pour personnes handicapées, en maison de retraite, logement-foyer ou accueil familial, indiquez votre adresse précédente ainsi que les dates d'arrivée et de départ : _____

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, de quelle nature : <input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> curatelle renforcée <input type="checkbox"/> tutelle
Nom et prénom du tuteur ou du curateur ou de l'organisme chargé de la gestion des biens (précisez le nom du délégué) : _____
Adresse _____
Numéro de téléphone _____

BÉNÉFICIEZ-VOUS DE :	OUI	NON
- MTP (majoration pour tierce personne)		
- Aide ménagère d'une caisse de retraite (si oui, laquelle)		

PERSONNES VIVANT AU FOYER			
NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	PARENTÉ	SITUATION

Avez-vous déjà eu contact avec une assistante sociale de votre caisse de retraite : oui non

Si oui, indiquez son nom : _____

PATRIMOINE DU FOYER		
Biens mobiliers et épargne :	Nature et montants :	Montant des intérêts perçus :
- Biens immobiliers : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Nature des biens et adresses ex : maison, appartement, terrains, terres agricoles...	Usage actuel ex : occupé par le demandeur, occupé à titre gratuit, location, en fermage ou inoccupé	Montant des revenus procurés par le bien
Nom et adresse de votre(vos) notaire(s) :		
Avez-vous fait une donation, un partage ou une vente : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Autorisation de transmission par le conseil départemental du dossier aux caisses de retraite en cas de rejet d'aide ménagère de l'aide sociale pour ressources supérieures au plafond, ainsi qu'à tout organisme susceptible de délivrer des prestations.

le _____ Signature :

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant de M _____ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre de cette demande et déclare avoir pris connaissance des dispositions de l'article L 133-6 du code de l'action sociale et des familles qui stipule que « 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 et 313-8 du code pénal ».

Nom, prénom et parenté du signataire si autre que le demandeur : _____

Fait à _____ le _____ Signature :