

IDENTITÉ Situation familiale	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
Nom Nom de jeune fille		
Prénom		
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		

ADRESSE OÙ VIT LE DEMANDEUR (adresse de résidence)
<p>Précisez s'il s'agit :</p> <p><input type="checkbox"/> de votre domicile <input type="checkbox"/> du domicile de vos enfants <input type="checkbox"/> d'une résidence autonomie <input type="checkbox"/> d'accueil familial</p> <p><input type="checkbox"/> d'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)</p> <p><input type="checkbox"/> d'un établissement de moins de 25 lits pour personnes âgées <input type="checkbox"/> d'un établissement pour personnes handicapées</p> <p>Rue N°</p> <p>Bâtiment Étage Code postal</p> <p>Commune</p> <p>Numéro de téléphone (précisez si liste rouge)</p> <p>Indiquez votre adresse précédente ainsi que les dates d'arrivée et de départ, si vous résidez depuis moins de trois mois à cette adresse ou si vous vivez en établissement pour personnes handicapées, en EHPAD, en résidence autonomie ou en accueil familial :</p> <p>.....</p>

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

BÉNÉFICIEZ-VOUS DE :	OUI	NON
- MTP (majoration pour tierce personne)		
- Aide ménagère d'une caisse de retraite (si oui, laquelle)		
- PCH (prestation de compensation du handicap) aide humaine		
- ACTP (allocation compensatrice tierce personne)		

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

MEMBRES DE LA FAMILLE (père, mère, enfants, gendres, belles-filles, petits-enfants) ajouter sur papier libre si le tableau n'est pas suffisant.

NOM - PRÉNOM	PARENTÉ	DATE ET LIEU DE NAISSANCE	ADRESSE PRÉCISE OBLIGATOIRE

Information préalable du patient sur son droit d'opposition

Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social

Art. R. 1110-1. Les professionnels participant à la prise en charge d'une même personne peuvent, en application de l'article L. 1110-4, échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite :

- 1 - des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne ;
- 2 - du périmètre de leurs missions.

refus du partage d'information

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

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

RESSOURCES MENSUELLES	MONTANT MENSUEL EN € VERSÉ AU DEMANDEUR	MONTANT MENSUEL EN € VERSÉ AU CONJOINT OU À LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT OU PACSÉ
⇒ 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)		

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 (si oui, joindre l'acte de donation/partage/vente) <input type="checkbox"/> non		

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 :