

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 :



DGA « ACTION SOCIALE »
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 :
Date et lieu de naissance :
Domicile de secours : Canton du DS :
Nom et adresse de l'établissement où vous résidez :

Personne pouvant être votre référent (lien de parenté) :
Nom Prénom
Adresse
Tél Courriel

Personne âgée ou Personne en situation de handicap

NATURE DE LA DEMANDE :

- Aide ménagère à domicile au titre de l'aide sociale
- Aide sociale à l'hébergement : USLD ou EHPAD ou PUV ou résidence autonomie
- FOA : hébergement ou activité de jour ou hébergement + activité de jour
- FAM : accueil de jour ou accueil de jour et de nuit
- IME Creton : internat ou semi-internat
- ESAT : Hébergement ou Hébergement + temps partagé
- Service d'insertion
- Accueil temporaire
- Accueil familial
- ESCE : Hellébore ou ST JAMES
- Autre :

S'AGIT-IL DE : 1^{re} demande (date d'effet) : Renouvellement (date d'effet) :

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.

VOUS POUVEZ ADRESSER VOTRE DOSSIER OU ÊTRE ACCUEILLI AU :

Conseil départemental de la Manche
Maison départementale de l'autonomie
50050 SAINT LO CEDEX
02 33 05 55 50



PHPA 1.3.1

