

CADRE RESERVÉ AU CONSEIL GÉNÉRAL :

N° dossier familial :
N° usager ou de foyer :
N° aide :
Gestionnaire :



Yvelines
Conseil général

**ORGANISME AYANT CONSTITUÉ LA
DEMANDE ET PERSONNE RÉFÉRENTE :**

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

DEMANDE D'AIDE SOCIALE LÉGALE

POUR UNE PERSONNE AGÉE

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

- à domicile
- en établissement

L'aide ménagère

La prise en charge de vos repas en foyer restaurant

La prise en charge de vos frais d'hébergement :

- maison de retraite, long séjour ...
- foyer logement
- famille d'accueil

Nom et adresse de l'établissement d'accueil :

(Date d'entrée le cas échéant).....
.....
.....

POUR UNE PERSONNE HANDICAPÉE

L'allocation compensatrice

- pour tierce personne (ACTP)
- pour frais professionnels (ACFP)

L'aide ménagère

La prise en charge de vos repas en foyer restaurant

La prise en charge de vos frais d'hébergement :

- maison de retraite, long séjour ...
- foyer logement
- famille d'accueil
- établissement spécialisé (*foyer d'hébergement, foyer de vie, foyer à double tarification*)

La prise en charge de vos frais de suivi ou d'accueil de jour

Nom et adresse de l'établissement d'accueil :

(Date d'entrée le cas échéant).....
.....
.....

VOTRE ÉTAT CIVIL

MONSIEUR

MADAME

MADEMOISELLE

VOUS ÊTES : célibataire marié(e) vie de couple veuf(ve) séparé(e) divorcé(e)

NOM MARITAL (*en majuscules*)

NOM DE NAISSANCE (*en majuscules*)

PRÉNOMS DATE ET LIEU DE NAISSANCE

NATIONALITÉ Française Communauté européenne Autre nationalité

POUR LES PERSONNES DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE :

DATE D'ARRIVÉE EN FRANCE

TITRE DE SÉJOUR VALABLE DU AU (*le cas échéant*)

N° SÉCURITÉ SOCIALE N° MATRICULE CAF

ÊTES-VOUS RETRAITÉ(E) ? OUI, PRÉCISEZ VOTRE RÉGIME DE RETRAITE PRINCIPAL
 NON

MUTUELLE OU ORGANISME COMPLÉMENTAIRE OUI, PRÉCISEZ LE NOM DE L'ORGANISME
 NON

VOS RÉFÉRENTS MÉDICAUX ET ADMINISTRATIFS

Noms, prénoms, adresses et n° de téléphone

- ① Coordonnées du médecin traitant
..... ☎
- ② Coordonnées de la personne qui rencontre très régulièrement la personne âgée (*lien de parenté s'il y a lieu*)
..... ☎
- ③ Coordonnées de la personne destinataire de votre courrier
..... ☎

LES PERSONNES À VOTRE CHARGE

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ (*)
.....	□□ □□ □□□□
.....	□□ □□ □□□□
.....	□□ □□ □□□□
.....	□□ □□ □□□□

(*) *Enfant, père, mère, autre : préciser*

LE PATRIMOINE DE VOTRE FOYER

NATURE DES PLACEMENTS ET ORGANISMES FINANCIERS	MONTANT DU CAPITAL	MONTANT DES INTÉRÊTS ANNUELS
BIENS MOBILIERS ET ÉPARGNE		
REVENUS SOUSMIS AU PRÉLÈVEMENT LIBÉRATOIRE	MONTANT	
BIENS IMMOBILIERS	ADRESSES	
<i>BÂTIS :</i>		
<i>NON BÂTIS :</i>		
BIENS IMMOBILIERS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DONATION, PARTAGE OU VENTE, DATE DE LA TRANSACTION	NOM ET ADRESSE DES BÉNÉFICIAIRES	RENTE ANNUELLE
NOM DE VOTRE NOTAIRE	ADRESSE	TÉLÉPHONE

LES CHARGES DE VOTRE FOYER

L'IMPOSITION ANNUELLE		LES CHARGES MENSUELLES	
Nature	Montant	Nature	Montant
Taxe d'habitation	Loyer ou remboursement d'emprunts
Taxe foncière	Charges liées à l'habitation
Taxe professionnelle	Pensions alimentaires versées
Autres (à préciser)	Autres (à préciser)

LES MEMBRES DE LA FAMILLE TENUS À L'OBLIGATION ALIMENTAIRE (OA)

A compléter uniquement pour les personnes âgées, n'ayant jamais eu de reconnaissance du statut d'adulte handicapé, et qui sollicitent la prise en charge de leurs frais d'hébergement ou de leurs repas.

Dans les Yvelines, l'obligation alimentaire est due entre parents, enfants, gendres et belles-filles.

LIEN DE PARENTÉ	NOM, PRÉNOM	ADRESSE	OA DEMANDÉE LE
.....
.....
.....
.....
.....
.....

BÉNÉFICIEZ-VOUS D'UNE DES PENSIONS, MAJORATIONS OU AIDES SUIVANTES, NON CUMULABLES AVEC L'ACTP ① ET L'APA ② ?

TYPES D'AIDE	MONTANT	DATE DE FIN
Majoration pour aide constante d'une tierce personne ① ②	__ __ __ __ __ __
Majoration de la rente au titre d'un accident de travail ①	__ __ __ __ __ __
Allocation compensatrice pour tierce personne ②	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__ __ __ __ __ __
Prestation spécifique dépendance ① ②	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__ __ __ __ __ __
Prestation expérimentale dépendance ②	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__ __ __ __ __ __
Aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale ②	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__ __ __ __ __ __
Aide ménagère versée par la caisse de retraite ②	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__ __ __ __ __ __

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
AVIS ET SIGNATURE DU MAIRE SAUF POUR L'ACTP OU L'APA**

Fait à le

Vous avez sollicité le bénéfice de l'aide sociale, j'ai l'honneur de vous faire savoir que

L'AIDE SOCIALE EST RÉCUPÉRABLE SAUF L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE :

- ◆ Sur votre succession (en aucun cas sur les biens appartenant à vos parents ou enfants) ⇒ *c'est le recours en récupération sur succession.*
En fonction des sommes avancées par le Département, cette récupération s'exerce au 1^{er} € pour l'aide sociale à l'hébergement, au delà d'un seuil pour les aides à domicile (45 734,71 € au 30/04/1997).
Pour les personnes handicapées, il n'y a pas de récupération si les héritiers sont le conjoint, les enfants ou la personne ayant assumé de façon effective et constante la charge du handicap.
- ◆ Sur vos revenus, si votre situation financière s'améliore, par exemple à la suite d'un héritage ⇒ *c'est le retour à meilleure fortune.*
- ◆ Sur la personne à laquelle vous avez fait donation, 10 ans avant la demande d'aide sociale ou après l'attribution de l'aide ⇒ *c'est le recours contre le donataire.*
- ◆ Sur la personne que vous avez désignée comme légataire de vos biens ⇒ *c'est le recours contre le légataire.*

LA PRISE D'HYPOTHÈQUE EST POSSIBLE :

Pour garantir la créance, le Département peut prendre une hypothèque sur vos biens immobiliers, **sauf pour les prestations à domicile** (allocation personnalisée d'autonomie, allocation compensatrice, aide ménagère, prise en charge des repas).

LES FRAUDES OU FAUSSES DÉCLARATIONS :

Peuvent entraîner des poursuites judiciaires en application des peines prévues par les articles 313-1 à 313-3 du Code Pénal.

CONFORMÉMENT À LA LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTES » DU 6 JANVIER 1978 :

Les renseignements portés sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique.
Vous pouvez obtenir communication de ces informations et, le cas échéant, obtenir leur rectification, sur présentation d'une pièce d'identité, en vous adressant au service où vous avez déposé votre demande ou directement au Conseil Général des Yvelines - Direction de l'Autonomie - 2 place André Mignot - 78012 Versailles Cedex.

J'atteste sur l'honneur que :

- les renseignements portés sur ce document sont exacts,
- je m'engage à informer l'organisme qui a constitué la demande ou le Conseil Général concerné de toute modification de ma situation ainsi que celle des personnes vivant au foyer et à faciliter toute enquête,
- j'accepte, dans le cadre d'une demande qui nécessite une coordination éventuelle avec d'autres financeurs, que les éléments de ce dossier soient communiqués aux gestionnaires de ces prestations.

LU ET APPROUVÉ, le

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

ENVOI DU DOSSIER DE DEMANDE

Pour les personnes accueillies en établissement (maison de retraite, foyer logement, unité de vie, foyer jeunes travailleurs ...) ou en famille d'accueil, qui, avant leur entrée, étaient domiciliées depuis plus de 3 mois :

- dans un département situé hors Yvelines, le dossier est à envoyer au Conseil Général de ce département
- dans le département des Yvelines, le dossier est à envoyer au Conseil Général des Yvelines – Direction de l'Autonomie - 2, place André Mignot - 78012 VERSAILLES Cedex.

JUSTIFICATIFS À JOINDRE À LA DEMANDE

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (A.P.A.)

- Copie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté Européenne ou extrait de naissance
- Pour les personnes de nationalité étrangère, hors Communauté Européenne : copie du titre de séjour en cours de validité
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu du demandeur et le cas échéant de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un PACS ou celui sur lequel le demandeur figure à charge
- Si le demandeur figure comme personne à charge sur l'avis d'imposition d'un tiers : justificatifs de ses revenus de capitaux mobiliers et de ses revenus fonciers
- Pour les propriétaires, copie de la taxe foncière
- Relevé d'identité bancaire original de moins de trois mois
- Pour l'APA à domicile** : le certificat médical et la grille AGGIR complétés par le médecin traitant et joints au dossier dans une enveloppe fermée (*facultatif*)
- Pour l'APA en établissement** : arrêté de tarification délivré par l'établissement d'accueil.

ALLOCATION COMPENSATRICE (ACTP – ACFP)

- Pour les personnes de nationalité étrangère, hors Communauté Européenne : copie du titre de séjour en cours de validité
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu du demandeur et le cas échéant de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un PACS ou celui sur lequel le demandeur figure à charge
- Si le demandeur figure comme personne à charge sur l'avis d'imposition d'un tiers : justificatifs de ses revenus de capitaux mobiliers et de ses revenus fonciers
- Relevé d'identité bancaire original de moins de trois mois
- Certificat médical « personne adulte handicapé » complété par le médecin traitant et joint au dossier dans une enveloppe fermée.

AIDE MÉNAGÈRE, FOYER REPAS, FRAIS D'HÉBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENT OU EN FAMILLE D'ACCUEIL

- Pour les personnes de nationalité étrangère, hors Communauté Européenne : copie du titre de séjour en cours de validité
- Justificatifs des ressources du foyer (*dernier avis de versement des retraites, rentes ou allocations, trois derniers bulletins de salaire ...*)
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu du demandeur et le cas échéant de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un PACS ou celui sur lequel le demandeur figure à charge
- Si le demandeur figure comme personne à charge sur l'avis d'imposition d'un tiers : justificatifs de ses revenus de capitaux mobiliers et de ses revenus fonciers
- Pour l'aide ménagère** : certificat médical complété par le médecin traitant et joint au dossier dans une enveloppe fermée.
- Pour les foyers repas et les frais d'hébergement d'une personne âgée n'ayant jamais eu de reconnaissance du statut d'adulte handicapé** : copie intégrale du livret de famille mis à jour du demandeur (*sans pour les célibataires sans enfant*) et, le cas échéant, imprimés relatifs aux obligés alimentaires.