

Demande d'aide à domicile pour une personne âgée de 60 ans ou plus

ou pour les personnes de 55 ans ou plus (uniquement profils 2 et 3)

Cocher la case qui correspond (un seul choix possible - voir guide p. IV et V) :

- Profil n° 1** : demande d'aide à domicile aide sociale (remplir p. 1 à 8)
- Profil n° 2** : demande d'aide à domicile Carsat (remplir p. 1 à 5)
- Profil n° 3** : demande d'aide à domicile RSI (remplir p. 1 à 5)
- Profil n° 4** : demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes dépendantes (remplir p. 1 à 5)

Cadre réservé au service instructeur

Dossier déclaré complet le : | | | | | | | | | | par :

Les renseignements fournis dans ce dossier feront l'objet de la plus stricte confidentialité et ne seront utilisés que dans le cadre de l'instruction des demandes d'aide.

1 - Renseignements concernant le demandeur

► **Vous même** Madame Monsieur

Nom de naissance : Nom marital :

Prénoms :

Né(e) le : | | | | | | | | | | Tél. (confidentialité assurée) : | | | | | | | | | |

À : Département :

Nationalité : Française Autre pays d'Europe Autre pays hors Europe

Date d'arrivée en France (pour les étrangers) : | | | | | | | | | |

N° de sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle ou assurance complémentaire : OUI NON

Si oui, nom de l'organisme :

N° d'affiliation :

Assurance dépendance : OUI NON - Si oui, nom de l'organisme :

N° d'affiliation :

Régime de retraite principal :

N° de retraite :

► **Adresse** (résidence principale)

Adresse actuelle :

Code postal : | | | | | | Ville :

Date d'arrivée à l'adresse actuelle : | | | | | | | | | |

Propriétaire Locataire Usufructier

Remplir ce cadre si le demandeur a changé de domicile depuis moins de trois mois

Adresse précédente :

Code postal : | | | | | | Ville :

Date de départ de l'adresse précédente : | | | | | | | | | |

► **Situation de famille**

Célibataire Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf/Veuve Vie maritale Pacsé(e)

Remplir ce cadre si le demandeur fait l'objet d'une mesure de protection

Le demandeur fait-il l'objet d'une : tutelle curatelle sauvegarde de justice MAJ
-> joindre une copie du jugement

Nom et prénom du représentant légal ou nom de l'organisme

Adresse :

Code postal : Ville :

▶ Votre conjoint, concubin ou pacsé

Nom de naissance :

Prénoms :

Adresse actuelle :

Code postal : Ville :

Né(e) le : À

Département :

Nationalité : Française Autre pays d'Europe Autre pays hors Europe

N° de sécurité sociale :

Le conjoint est-il retraité ? OUI NON Régime principal :

Numéro de retraite :

Le conjoint est-il en activité ? OUI NON

Le conjoint est-il hébergé en établissement ? OUI NON

En cas de décès du conjoint, précisez la date :

Autres personnes vivants au foyer :

Nom, prénom	Date de naissance	Situation	Lien de parenté
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

▶ Le contexte de votre demande d'aide

Afin de nous permettre de traiter au mieux votre demande, merci de bien vouloir nous préciser les éléments suivants :

- > Déposez-vous cette demande pour faire réaliser des travaux d'adaptation dans votre logement ?
 OUI NON
- > Vivez-vous seul à votre domicile ? OUI NON
- > Avez-vous des difficultés d'accès ou de déplacement au sein de votre logement ? OUI NON
- > Avez-vous au moins deux contacts avec votre famille, vos amis, votre voisinage dans la semaine ?
(hormis la personne avec laquelle vous vivez) OUI NON
- > Lors des 6 derniers mois :
 - avez-vous été hospitalisé ? OUI NON
 - avez-vous fait une chute ? OUI NON
 - avez-vous connu un changement dans votre vie ? OUI NON(Décès ou placement dans une maison de retraite d'un proche vivant sous le même toit)
- > Vivez-vous avec une personne dépendante ? OUI NON

2 - Ressources du foyer, IMPOSABLES ou NON

Merci d'indiquer vos ressources mensuelles même si vous les percevez trimestriellement ou annuellement.

A - Pensions, retraites principales, rentes, allocations

Retraite de base	Titulaires	N° de retraite	Nombre de trimestres	Nature du droit (1)	MONTANT mensuel
Régime général Sécurité sociale	Demandeur	.....	.....	.....	..... €
	Conjoint	.....	.....	.....	..... €
Régime agricole (salariés)	Demandeur	.....	.....	.....	..... €
	Conjoint	.....	.....	.....	..... €
Régime de non-salariés	Demandeur	.....	.....	.....	..... €
	Conjoint	.....	.....	.....	..... €
Autres régimes salariés	Demandeur	.....	.....	.....	..... €
	Conjoint	.....	.....	.....	..... €
Régimes étrangers	Demandeur	.....	.....	.....	..... €
	Conjoint	.....	.....	.....	..... €
Allocation pour Adultes Handicapés (AAH)	Demandeur			 €
	Conjoint			 €
				TOTAL €

(1) Droit Personnel (P) ou avantage de réversion (R)

B - Retraites complémentaires

Titulaires	Nom des organismes (pour l'IRCANTEC, précisez le n° d'allocataire)	MONTANT mensuel
DEMANDEUR €
 €
 €
 €
 €
CONJOINT €
 €
 €
 €
 €
TOTAL	 €

C - Biens immobiliers

Biens immobiliers bâtis non exploités	Le demandeur	Le conjoint ou concubin ou la personne ayant conclu un pacs
Nature et adresse		
Valeur locative figurant sur le dernier avis de taxe foncière€€
Biens immobiliers non bâtis non exploités	Le demandeur	Le conjoint ou concubin ou la personne ayant conclu un pacs
Nature et adresse		
Valeur locative figurant sur le dernier avis de taxe foncière€€
Biens immobiliers bâtis non bâtis exploités	Le demandeur	Le conjoint ou concubin ou la personne ayant conclu un pacs
Nature et adresse		
Valeur locative figurant sur le dernier avis de taxe foncière€€

3 - Situation au regard des aides légales et extra-légales

Percevez-vous l'une de ces aides ?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Aide à domicile aide sociale | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Aide à domicile des Caisses de retraite | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Prestation de Compensation du Handicap (PCH) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Majoration pour Tierce Personne (MTP) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Si oui, indiquez la date depuis laquelle vous percevez cette aide : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| et joindre un justificatif.

Si non, précisez si pour ces aides :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas déposé de demande | <input type="checkbox"/> Votre demande est en cours d'instruction |
| <input type="checkbox"/> Votre demande a été rejetée | <input type="checkbox"/> Vous en avez refusé l'attribution |

4 - Référent souhaitant être présent ou être contacté le cas échéant pour la visite d'évaluation à domicile.

Nom, prénom :

Adresse :

N° de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N° de téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cette personne est : un membre de votre famille un ami, un proche votre tuteur ou curateur
 votre médecin traitant

5 - Pièces justificatives

Vous venez de remplir votre demande d'aide. Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre :

- une photocopie d'une pièce d'identité (carte d'identité ou livret de famille)
- pour les étrangers, les justificatifs de la durée de résidence en France (photocopie du titre de séjour) ;
- un relevé d'identité bancaire (RIB) ;
- une photocopie du dernier avis d'imposition sur le revenu (complet et recto-verso), et les derniers avis de toutes les taxes foncières sur les propriétés bâties ou non bâties ;
- la copie du jugement de curatelle, de tutelle, de sauvegarde de justice ou de MAJ, le cas échéant.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage :

- à signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint, ainsi que tout changement de domicile ;
- à faire connaître toute modification de ma situation au regard de l'APA, de l'ACTP, de la PCH, de la MTP ou de l'aide ménagère ;
- à rembourser les sommes éventuelles versées à tort ;
- à faciliter toute enquête.

J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à l'organisme compétent pour le traiter.

À : le :

SIGNATURE :

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art.441-1 du code pénal). La loi du 78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.

Si vos ressources sont inférieures au plafond d'attribution de l'aide sociale (PROFIL n° 1 UNIQUEMENT), complétez cette partie jaune et signez à nouveau.

A - Tableau des autres ressources du foyer (joindre les justificatifs des derniers paiements)

Nature	Titulaire montant mensuel	Conjoint montant mensuel
Salaires, revenus professionnels non salariaux
Allocation de chômage, de préretraite
Indemnités journalières de sécurité sociale, maternité, accidents du travail
Rentes accident du travail
Rentes pensions d'invalidité
Pensions veuve de guerre
Pensions militaires, y compris ascendants
Rentes viagères
Revenus locatifs, fermages
Revenus mobiliers nets
Revenus soumis au prélèvement libératoire
Allocation spéciale vieillesse ou d'aide sociale
Allocation compensatrice pour tierce personne ou Prestation Compensatrice du Handicap
Indemnités viagères de départ
Pensions alimentaires
Autres

B - Tableau des biens mobiliers et épargne - personnes âgées et personnes handicapées - toutes formes d'aides (joindre les justificatifs de la situation bancaire y compris le détail des intérêts).

NOM - PRÉNOM DU TITULAIRE DES COMPTES :

	Nom des organismes bancaires	MONTANT
Compte courant€
Livret A€
Livret B€
Livret de développement durable (ex CODEVI)€
Livret d'Épargne Populaire€
SICAV€
Bons du Trésor€
Obligations€
Actions€
Assurance vie (copie du contrat avec le nom du bénéficiaire et date d'effet du contrat)€
Autres (préciser)€

Conséquence de l'admission à l'aide sociale (profil n° 1 uniquement)

En cas d'admission à l'aide sociale, des recours sont exercés par le Département, conformément à l'article L132-8 du CASF :

- a. CONTRE LA SUCCESSION du bénéficiaire à son décès
 → Si l'actif net successoral est supérieur à 46 000 € et pour les sommes supérieures à 760 €.
- b. CONTRE LE DONATAIRE, c'est-à-dire bénéficiaire d'une donation sans qualité d'héritier ni seuil de récupération
 → Lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les dix ans qui ont précédé cette demande (ou sans application de délai si l'acte comporte une clause particulière).

Il est à noter que l'assurance vie peut être assimilée à une donation.

- c. CONTRE LE BÉNÉFICIAIRE DIT « REVENU À MEILLEURE FORTUNE »
 → Exemple : sans qualité d'héritier ni seuil de récupération, bénéficiaire d'une vente, d'un héritage, toute augmentation de patrimoine
- d. CONTRE LE LÉGATAIRE
 → C'est-à-dire bénéficiaire d'un legs dans le cadre d'un testament, sans qualité d'héritier ni seuil de récupération

POUR TOUS CES RECOURS (a, b, c, d), le Département ne récupère pas plus que l'actif net successoral disponible (soit de la succession, soit de la donation, soit du legs, soit de la vente ou héritage) et pas plus que les sommes versées.

À : le :

SIGNATURE (*)
Profil n°1 uniquement

(*) Faire précéder la signature de la mention « *lu et approuvé* »

Avis motivé sur les avantages sollicités

Le Président du Conseil d'Administration du Centre Communal d'Action Sociale.