LE DÉPARTEMENT

DIRECTION DE L'AUTONOMIE

DEMANDE D'AIDE SOCIALE

COMMUNE : .....

NOM et PRÉNOM : .....

(de la personne pour laquelle l'aide est demandée)

Si vous avez un représentant légal, précisez :

☐ Sauvegarde de justice ☐ Curatelle ☐ Tutelle ☐ Autres

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

.....

.....

N° de téléphone ou de portable, adresse mél :

.....

.....

(joindre une copie du jugement)

AVANTAGES SOLLICITÉS

☐ prise en charge des frais d'hébergement en :

- ☐ établissement pour personnes âgées dépendantes
- ☐ établissement pour personnes en situation de handicap
- ☐ résidence autonomie
- ☐ accueil familial

☐ aide ménagère

☐ frais de repas

☐ 1re DEMANDE

☐ RENOUVELLEMENT

☐ RÉVISION

CS11_DA_0189_10-2021_IC

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FOYER DU DEMANDEUR

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT, CONCUBIN OU PACS
NOM DE NAISSANCE		
NOM MARITAL		
PRÉNOM		
DATE ET LIEU DE NAISSANCE		
N° DE SÉCURITÉ SOCIALE		
NATIONALITÉ pour les étrangers préciser la date d'arrivée en France		
SITUATION FAMILIALE marié(e) ,veuf(ve), divorcé(e), célibataire, concubin(e), pacsé(e). En cas de changement récent, préciser la date.		

Autres personnes vivant dans le foyer

NOM ET PRÉNOM	DATE ET LIEU DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	PROFESSION ET AUTRES

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

depuis le : .....

Adresse : n° ..... rue : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone (obligatoire) : ..... Adresse mél : .....

précisez s'il s'agit :

☐ du domicile, en tant que : ☐ locataire ☐ propriétaire ☐ usufruitier ☐ hébergé(e) par : .....

☐ d'un établissement d'hébergement (joindre bulletin d'entrée)

☐ d'une résidence autonomie (joindre bulletin d'entrée)

☐ de l'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989

précisez la date d'entrée : .....

Adresses précédentes

Date d'arrivée ..... date de départ .....

n° et voie .....

Code postal ..... Commune .....

Date d'arrivée ..... date de départ .....

n° et voie .....

Code postal ..... Commune .....

RESSOURCES ET CHARGES MENSUELLES

Retraites *(joindre les justificatifs)*

PENSIONS / RETRAITES	NOM DE L'ORGANISME	N° DE RETRAITE	MONTANT MENSUEL	
			Demandeur	Conjoint, concubin, pacsé*
Retraite principale				
Retraite complémentaire				
Retraite du combattant				
Pension de réversion				
Autres				

**Pour le conjoint, concubin, pacsé, n'indiquer que le montant*

Rémunérations et autres *(joindre les justificatifs)*

	MONTANT MENSUEL	
	DEMANDEUR	CONJOINT
Traitements - Salaires		
Indemnités journalières		
AAH – rente accident de travail – pension d'invalidité		
Majoration tierce personne ou PCRTP		
Allocations chômage, logement...		
Bénéfice industriel et commercial (BIC)/revenus agricoles		
Rente viagère		
Revenus fonciers		
Revenus de capitaux placés		
Pension alimentaire		
Autres		

Charges du foyer *(joindre les justificatifs)*

	MONTANT MENSUEL
Loyer ou prêt immobilier + charges relatives à l'habitation	
Impôt sur le revenu	
Taxe foncière et d'habitation	
Pensions alimentaires versées	
Autres charges (mutuelle, assurances, plan de surendettement...à préciser)	

PATRIMOINE DU FOYER

Biens immobiliers

☐ Je déclare posséder les biens immobiliers ci-après désignés *(joindre copie des extraits de la matrice cadastrale et/ou l'acte de propriété)*

ADRESSES PRÉCISES	NATURE DES BIENS

☐ Je déclare avoir consenti une donation (y compris dons manuels), un partage, une vente, un legs dans les 10 ans précédant la demande *(produire copies intégrales des actes)*

ADRESSES PRÉCISES / IDENTITÉ DES BÉNÉFICIAIRES	NATURE DES BIENS / SOMMES DONNÉES

☐ Je déclare ne posséder aucun biens immobiliers

Capitaux mobiliers et épargne *(indiquer les montants)*

☐ Je déclare posséder l'épargne suivante *(joindre les justificatifs)*

ÉTABLISSEMENT OU ORGANISME BANCAIRE	LIVRET A	LDD	LEP	VALEURS MOBILIÈRES (actions, obligations)	ASSURANCE VIE	AUTRES (préciser)

☐ Je déclare ne posséder aucune épargne

PERSONNES TENUES À L'OBLIGATION ALIMENTAIRE

(articles 205, 206, 207 et 212 du Code civil)

NOM ET PRÉNOM	DATE ET LIEU DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	SITUATION FAMILIALE	ADRESSE

Cette liste est obligatoire et à compléter le cas échéant sur papier libre.

Chaque obligé alimentaire doit remplir l'imprimé d'obligation alimentaire.

Conséquences de l'admission à l'aide sociale

Les personnes sollicitant le bénéfice d'une prestation d'aide sociale sont informées que :
conformément à l'article L132-8 du Code de l'action sociale et des familles, des recours sont exercés par le Département :

- contre la succession du bénéficiaire. Le recouvrement sur succession des sommes versées au titre des aides liées à l'hébergement se fait dès le premier centime de succession et sur l'actif net successoral qui excède 46 000 euros pour les aides à domicile si les dépenses sont supérieures à 760 euros.

- contre le donataire lorsque la donation est intervenue dans les 10 ans qui ont précédés la demande d'aide sociale ou postérieurement à celle-ci

- contre le légataire : le recours s'exerce jusqu'à concurrence des biens légués au jour de l'ouverture de la succession

- contre le bénéficiaire revenu à meilleure fortune : dès l'instant où la situation financière du bénéficiaire s'améliore du fait d'un événement nouveau (héritage, donation, mariage)

- à titre subsidiaire, contre le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie souscrit pour le bénéficiaire de l'aide sociale à concurrence de la fraction des primes versées après 70 ans

Prestations servies aux personnes en situation de handicap : il n'y a pas de recours en récupération des prestations d'aide sociale à l'hébergement lorsque les héritiers du bénéficiaire décédé, son conjoint, ses enfants, ses parents ou la personne qui a assumé de façon effective et constante la charge de la personne en situation de handicap, ni sur le légataire, ou sur le donataire. Par ailleurs, il n'est pas exercé de recours contre le bénéficiaire revenu à meilleure fortune.

Conformément à l'article L132-9 du CASF, les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'aide sociale sont grevés d'une hypothèque légale en garantie des recours indiqués ci-dessus. Ce principe est supprimé pour les prestations ouvrant droit au seuil de récupération de 46 000 euros (ex : aide ménagère).

L'attribution de l'aide sociale est subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire définie par les articles 205 à 211 du Code civil (excepté pour les aides aux personnes en situation de handicap).

Sans préjudice des paiements en restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code pénal (article L133-6 du CASF).

Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier, avoir pris connaissance des conséquences de l'admission à l'aide sociale et des sanctions encourues en cas de fausse déclaration.

- Je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées et à signaler tout changement modifiant mon patrimoine et ma situation personnelle

- Je suis informé(e) que les administrations fiscales sont habilitées à communiquer aux services du Conseil départemental les renseignements qu'ils détiennent et qui sont nécessaires pour instruire ma demande d'aide sociale

- J'accepte que les données personnelles recueillies dans le présent formulaire soient transmises aux services du Département du Var, compétant pour répondre à ma demande et que ces informations puissent être transmises aux prestataires du Département, pour les seules données nécessaires à l'exercice des missions qui lui sont confiées, conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la législation et la réglementation applicable en matière de protection de données personnelles. Pour toute information, accès ou rectification des données vous concernant, vous pouvez faire la demande auprès du

Conseil départemental du Var
Direction de l'Autonomie - 412 rue Jean Aicard - 83015 Draguignan - Tél. 04 83 95 30 00

À Le

Signature du demandeur ou de son représentant

PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU DOSSIER DÛMENT COMPLÉTÉ

- ❑ copie intégrale du livret de famille
- ❑ copie de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de l'Union européenne ou un extrait d'acte de naissance. S'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité.
- ❑ copie du jugement de mesure de protection (tutelle, curatelle, habilitation familiale...)
- ❑ copie de la carte d'invalidité
- ❑ copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu, de la taxe foncière, de la taxe d'habitation
- ❑ copies des trois derniers relevés bancaires mentionnant tous les versements des retraites et les soldes, en indiquant la périodicité
- ❑ copies des justificatifs de toutes vos ressources et de celles de votre conjoint, concubin, ou personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité (retraites, salaires, AAH, allocations...)
- ❑ copies des justificatifs des revenus capitaux mobiliers et/ou immobiliers (livrets d'épargne, assurance-vie, revenus fonciers, etc) vous concernant et concernant votre conjoint, concubin, ou personne avec qui vous avez conclu un PACS
- ❑ copies des actes notariés en cas de donation, legs, vente, contrat d'assurance-vie, rente viagère...
- ❑ copie de la dernière quittance de loyer ou échéancier de prêt immobilier, si hébergé : attestation d'hébergement
- ❑ si propriétaire, copie de l'acte de propriété
- ❑ justificatifs d'entrée et/ou de sortie des établissements le cas échéant
- ❑ copie de la carte de mutuelle et de l'échéancier
- ❑ l'imprimé spécifique à chaque obligé alimentaire fourni par le CCAS ou la Mairie et complété des justificatifs de situation familiale, des ressources et des charges des intéressés.

Ce dossier est à déposer impérativement au CCAS ou Mairie du lieu de résidence du demandeur

MAIRIE – CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Date du dépôt du dossier en Mairie :

Avis motivé du Maire ou du CCAS :

Le Maire soussigné, certifie que les renseignements fournis ont fait l'objet d'une vérification par ses services.

À ..... le .....

Signature du président du CCAS,
du Maire ou de son représentant

Cachet de l'autorité concernée