

Nom :

Prénom : _____



Demande d'aide sociale

- PERSONNE ÂGÉE
- PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Aide(s) sollicitée(s)

- HÉBERGEMENT _____
Nom de l'établissement Date d'admission
- ACCUEIL FAMILIAL
- AIDE MÉNAGÈRE
- AIDE AU REPAS



Pour plus d'informations : 05 62 56 74 18 ou mesdemarches.ha-py.fr

CHAQUE JOUR
PLUS PROCHE DE VOUS

A

COMPOSITION DU FOYER

ÉTAT CIVIL

	DEMANDEUR DE L'AIDE	CONJOINT OU CONCUBIN DU DEMANDEUR
Nom - Prénom		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Téléphone		

DOMICILE

	DEMANDEUR DE L'AIDE
Adresse actuelle	
Adresse précédente	

LISTE DES OBLIGÉS ALIMENTAIRES (ARTICLE 205 ET 206 DU CODE CIVIL : enfants, belles-filles, gendres)

Nom - Prénom	Lien de parenté	Coordonnées complètes (adresse - mail - téléphone)

Mesure protection juridique : oui non en cours Coordonnées :

Taux d'incapacité de plus de 80 % acquis avant 65 ans : oui non

B

RESSOURCES ET CHARGES DU FOYER

RESSOURCES MENSUELLES

	demandeur	conjoint(e) ou concubin(e)
Salaires		
Pensions et retraites		
Revenus locatifs		
Allocation logement		
Autres allocations (préciser)		

CHARGES MENSUELLES

	demandeur	conjoint(e) ou concubin(e)
Impôts sur le revenu		
Loyer		
Taxe foncière		
Contribution audiovisuelle		
Cotisation Mutuelle		
Frais de gestion mesure de tutelle		
Cotisation assurance responsabilité civile		

PATRIMOINE

- Je ne suis propriétaire d'aucun bien immobilier
- Je dispose de biens immobiliers situés à :
(pièces justificatives)
- J'ai consenti une donation il y a moins de 10 ans
(pièce justificative)
- j'ai consenti une vente avant de déposer la présente demande
(pièce justificative)
- j'ai consenti un legs (date)



Pour pouvoir traiter la demande dans un délai raisonnable , il est nécessaire de fournir **toutes les PIÈCES JUSTIFICATIVES demandées ci-dessous** lors du dépôt à la mairie ou au CCAS.

Identité

- copie carte nationale d'identité ou passeport ou extrait de naissance
- copie livret de famille complet
- pour les personnes étrangères, copie carte de résident ou de séjour
- copie jugement de mesure de protection

Domicile

- justificatif de domicile de moins de 3 mois
- justificatif de loyer (conjoint à domicile)

Ressources

- copie intégrale du dernier avis d'impôt sur les revenus
- 3 derniers relevés de comptes bancaires (y compris conjoint)
- relevé des capitaux placés imposables ou non, signé par l'établissement bancaire (feuille 2)
- attestation des paiements versés par la CAF ou la MSA

Charges déductibles

- échéancier des frais de mutuelle santé
- attestation du montant mensuel de la cotisation assurance responsabilité civile
- avis de taxe foncière
- avis de taxe d'habitation
- justificatif contribution à l'audiovisuel public
- attestation du coût mensuel de la mesure de protection (mandataire judiciaire)

Autres pièces

- bulletin d'entrée en établissement ou contrat d'accueil
- justificatif taux d'incapacité
- grille auto-évaluation aide ménagère pour personne en situation de handicap (feuille n° 3)
- grille AGGIR aide ménagère pour personne âgée ou en situation de handicap (feuille n° 4)
- copie acte de donation
- formulaires des obligés alimentaires complétés (feuille 5)
- extrait de matrice cadastrale
- modalités de reversement des ressources (feuille 1)

La mairie ou le CCAS transmet votre dossier aux services du Département des Hautes-Pyrénées (Maison Départementale pour l'Autonomie) dans un délai d'un mois après sa réception :

- si votre dossier est complet, vous recevrez un accusé de réception vous indiquant que votre demande est en cours d'instruction pour une durée de 2 mois ;
- si votre dossier est incomplet, vous recevrez une demande pour les pièces manquantes à renvoyer dans le délai de 2 mois, passé ce délai votre dossier sera rejeté.



Je certifie sur l'honneur :

- l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier,
- avoir pris connaissance de la notice explicative de l'aide sociale, ainsi que des sanctions encourues en cas de fausse déclaration (article L. 135-1 du code de l'action sociale et de famille).

Je m'engage à :

- fournir toutes pièces justificatives qui me seraient demandées,
- informer le Conseil départemental de tout changement intervenant dans ma situation familiale, mes ressources ou mon patrimoine.

Je suis informé(e) que :

- mes données personnelles servent strictement à étudier ma demande d'aide sociale et qu'elles sont automatiquement supprimées 5 années après le dernier versement de la prestation (Règlement général sur la protection des données personnelles),
- dans le cadre de l'instruction des demandes d'admission au bénéfice de l'aide sociale, je peux être entendu(e) si je le souhaite, accompagné(e) par la personne de mon choix ou mon représentant (article R.131-1 du Code de l'action sociale et des familles).

A..... le.....

Signature (demandeur ou représentant légal) :

CADRE RÉSERVÉ À LA MAIRIE, CENTRE COMMUNAL OU INTERCOMMUNAL D'ACTION SOCIALE

LIAISON MAIRIE-CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Date du dépôt du dossier en mairie :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Référent dossier au sein de la Mairie, du CCAS ou du CIAS :

Le dossier est COMPLET INCOMPLET Motif :

AVIS du Maire, du CCAS ou du CIAS :

A..... le.....

Signature :

Cachet :

Nom :

Prénom :

EN CAS D'ADMISSION A L'AIDE SOCIALE

Je me charge de verser ma participation au comptable de l'établissement

ou

j'accepte que mes ressources soient versées par les organismes (CAF, caisse de retraite) au comptable de l'établissement

Fait à : le

Signature du demandeur ou de son représentant :

Signature de l'établissement :

Signature du Département à réception :
(et retour à l'établissement)

PRODUIT	CAPITAL demandeur (montant)	INTÉRÊTS demandeur (montant)	CAPITAL conjoint (montant)	INTÉRÊTS conjoint (montant)	CAPITAL Comptes joints (montant)	INTÉRÊTS Comptes joints (montant)
Compte chèque						
Livret Épargne Populaire (LEP)						
Livret Développement Durable (LDD)						
Compte Épargne Logement						
Assurance vie						
Autres (actions, Plan Épargne Populaire)						

VISA DE L'ÉTABLISSEMENT BANCAIRE

J'atteste que Madame/Monsieur..... n'a pas à ce jour, dans notre établissement, d'autres formes d'épargne que celles indiquées ci-dessus.

Fait à :, le

Cachet/Signature :

Nom - Prénom du demandeur :

superficie logement :

 seul(e) en couple enfants (nombre - âge) : T1 T2 T3 T4

VARIABLE	Action	Réalisation SANS AIDE	Besoin d'aide dans L'ORGANISATION	Besoin d'aide dans la RÉALISATION
DÉPLACEMENTS INTÉRIEURS ET EXTÉRIEURS	Se déplacer à l'intérieur du logement			
	Conduire, permis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prendre les transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Repérer un supermarché	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se rendre au supermarché	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Faire une démarche (aller à la poste, banque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LINGE	Faire une machine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Etendre son linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Repasser son linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ranger ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUISINE VAISSELLE COURSES	Faire la vaisselle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ranger la vaisselle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prévoir un menu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Faire chauffer un plat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eplucher des légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Faire un gâteau - suivre une recette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Faire cuire une viande...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se servir de l'électroménager de cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Couper les aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suivre un régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Faire sa liste de courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Faire ses courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ranger ses courses				



VARIABLE	Action	Réalisation SANS AIDE	Besoin d'aide dans L'ORGANISATION	Besoin d'aide dans la RÉALISATION
ENTRETIEN ESPACE DE VIE	Faire son lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Changer ses draps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aérer son domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Passer le balai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Passer l'aspirateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Passer la serpillière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Faire les poussières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Faire les vitres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nettoyer le réfrigérateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nettoyer le congélateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nettoyer les sanitaires (salle de bains et wc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nettoyer le balcon, terrasse...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Compléments et souhaits du demandeur :

Nombre d'heures souhaitées par mois : 8 10 12 14 16 h 18 20 22 24 26 30

Prestataire souhaité : Aider 65 ADMR Pyrène Plus

RÉSERVÉ AIDE SOCIALE

Date : évaluateur/instructeur :

Nombre d'heures accordées : service prestataire retenu :

Nom - Prénom du demandeur : n° immatriculation : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse :

..... Code postal Commune

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUECOHÉRENCE : converser et/ou se comporter de façon sensée ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux

TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle

haut bas

HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter

haut moyen bas

ALIMENTATION : manger des aliments préparés

se servir manger

ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale

urinaire fécale TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant... DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme... **VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE**GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servi MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers TRANSPORT : prendre et/ou commander un moyen de transport ACHATS : acquisition directe ou par correspondance SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps A : fait seul, totalement, habituellement,
correctementB : fait partiellement, non habituellement,
non correctement

C : ne fait pas

Nbre d'heures

souhaitées par mois :

A.....,

Le.....

Signature et cachet du praticien :