

Nom :

Prénom :



Demande d'aide sociale

- ☐ PERSONNE ÂGÉE
- ☐ PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Aide(s) sollicitée(s)

- ☐ HÉBERGEMENT
Nom de l'établissement
- ☐ ACCUEIL FAMILIAL
- ☐ AIDE MÉNAGÈRE
- ☐ AIDE AU REPAS

.....
Date d'admission

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 Coordonnées :
☐ non ☐ en cours

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		
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)

C

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
- ☐ 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 1 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, conformément aux dispositions de l'article L.132-4

☐ J'ai pris connaissance du fait que le directeur ou le comptable me reverse mensuellement 10 % de mes ressources et au minimum 1 % du montant de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées.

Fait à : le

Signature du demandeur ou de son représentant :

Signature de l'établissement :

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

Le Président du Conseil Départemental des Hautes Pyrénées autorise la perception des ressources de

Monsieur ou Madame

par le comptable de l'établissement pour la durée de la prise en charge.

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

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

Code postal :

à Madame ou Monsieur le responsable

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'examen d'un droit me concernant, je dois fournir un relevé de capitaux.

Aussi, je vous saurais gré de bien vouloir compléter le verso de ce document et me le retourner en indiquant la nature et le montant de l'ensemble de mes capitaux, qu'ils soient ou non imposables et qu'ils soient ou non productifs de revenus.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Fait à :, le

Signature du demandeur :

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	☐	☐	☐
	Prendre les transports en commun	☐	☐	☐
	Repérer un supermarché	☐	☐	☐
	Se rendre au supermarché	☐	☐	☐
	Faire une démarche (aller à la poste, banque)	☐	☐	☐
LINGE	Faire une machine	☐	☐	☐
	Etendre son linge	☐	☐	☐
	Repasser son linge	☐	☐	☐
	Ranger ses vêtements	☐	☐	☐
CUISINE VAISSELLE COURSES	Faire la vaisselle	☐	☐	☐
	Ranger la vaisselle	☐	☐	☐
	Prévoir un menu	☐	☐	☐
	Faire chauffer un plat	☐	☐	☐
	Eplucher des légumes	☐	☐	☐
	Faire un gâteau - suivre une recette	☐	☐	☐
	Faire cuire une viande...	☐	☐	☐
	Se servir de l'électroménager de cuisine	☐	☐	☐
	Couper les aliments	☐	☐	☐
	Suivre un régime alimentaire	☐	☐	☐
	Faire sa liste de courses	☐	☐	☐
	Faire ses courses	☐	☐	☐
	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	☐	☐	☐
	Changer ses draps	☐	☐	☐
	Aérer son domicile	☐	☐	☐
	Passer le balai	☐	☐	☐
	Passer l'aspirateur	☐	☐	☐
	Passer la serpillière	☐	☐	☐
	Faire les poussières	☐	☐	☐
	Faire les vitres	☐	☐	☐
	Nettoyer le réfrigérateur	☐	☐	☐
	Nettoyer le congélateur	☐	☐	☐
	Nettoyer les sanitaires (salle de bains et wc)	☐	☐	☐
	Nettoyer le balcon, terrasse...	☐	☐	☐

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 PSYCHIQUE

COHÉRENCE : 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, correctement

B : fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : ne fait pas

Nbre d'heures

souhaitées par mois :

A.....,

Le

Signature et cachet du praticien :