

Nom : .....

Prénom : .....

# DOSSIER D'AIDE SOCIALE



Demande     Renouvellement

- 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

## ÉTAT CIVIL

	DEMANDEUR DE L'AIDE	CONJOINT DU DEMANDEUR
Nom - Prénom		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Téléphone		
Mail		
N° sécurité sociale		
Situation familiale	<input type="radio"/> Marié <input type="radio"/> Autre : .....	

## DOMICILE

	DEMANDEUR DE L'AIDE
Adresse actuelle	
Adresse précédente	

## LISTE DES OBLIGÉS ALIMENTAIRES (ARTICLE 205 ET 206 DU CODE CIVIL : enfants)

Cadre réservé Mairie/CCAS

Nom - Prénom	Coordonnées complètes (adresse - mail - téléphone)	Formulaire transmis le

## MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

oui  non  en cours

Habilitation familiale  Curatelle  Tutelle  Sauvegarde de justice

Nom du représentant légal : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Mail : .....

## TAUX D'INCAPACITÉ au moins égal à 80 % acquis avant 65 ans et en cours de validité :

oui  non

## PATRIMOINE

Je ne suis propriétaire d'aucun bien immobilier

Je dispose de biens immobiliers situés à : .....

J'ai consenti une donation il y a moins de 10 ans  J'ai consenti un legs

J'ai consenti une vente avant de déposer la présente demande  J'ai souscrit une assurance vie

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

### 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 les pièces justificatives qui me seraient demandées,
- informer le Département 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 et/ou représentant légal) :

La mairie ou le CCAS transmet votre dossier complet 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.

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

### LIAISON MAIRIE-CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Date du dépôt du dossier en mairie :

Référent du 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 :



L'Aide Sociale versée par le Département est l'expression de la solidarité à l'égard des personnes qui, en raison de leur situation économique et sociale ont besoin d'être aidées.

Cette notice présente trois parties : **1** - le mode d'emploi et le circuit de votre dossier

**2** - le caractère subsidiaire de l'aide sociale

**3** - le caractère d'avance de l'aide sociale

## 1 Mode d'emploi et circuit du dossier

La constitution du dossier relève de la responsabilité du centre communal (CCAS) ou intercommunal d'action sociale (CIAS) ou, à défaut, de la mairie de résidence du demandeur. Ceux-ci ont l'obligation de constituer puis de transmettre le dossier complet au Département dans le délai d'1 mois.

### À qui s'adresse ce dossier ?

- À la personne qui va bénéficier de l'aide ou son représentant légal

### Qui peut signer ce dossier ?

Si le demandeur ne bénéficie pas d'une mesure de protection, c'est lui qui doit signer la demande. S'il en bénéficie et en fonction du jugement, les deux signatures sont obligatoires.

### Comment compléter ce dossier ?

- Renseigner, signer le dossier et fournir les pièces justificatives mentionnées dans le feuillet 1
- Compléter les feuillets qui concernent votre demande :
  - ▶ Feuillet 2 : modalités de reversement des ressources pour l'hébergement, à faire signer par l'établissement
  - ▶ Feuillet 3 : relevé de capitaux placés imposables ou non, à faire compléter et signer par la ou les banques
  - ▶ Feuillet 4 : aide ménagère pour une personne âgée ou en situation de handicap

La mairie du demandeur se charge d'envoyer les enquêtes obligation alimentaire (feuillet 5) à chacun des enfants du demandeur.

### Parcours du dossier :

1. Dépôt du dossier à la mairie ou au CCAS, dûment complété et accompagné des justificatifs.
2. La mairie ou le CCAS vérifie que le dossier est complet, demande les pièces complémentaires si besoin et adresse l'enquête aux obligés alimentaires.
3. Dans le mois qui suit le dépôt, la mairie ou le CCAS envoie le dossier complet au Département qui a la compétence pour prendre une décision.
4. Le Département accuse réception du dossier et précise :
  - ▶ si le dossier est recevable administrativement,
  - ▶ s'il manque une ou des pièces. Vous aurez 1 mois pour compléter votre dossier. S'il n'est pas complet dans ce délai, il sera rejeté administrativement.
5. Dès que le dossier est déclaré administrativement recevable, le Département a 2 mois pour prendre une décision sur l'aide demandée. Des pièces complémentaires peuvent vous être demandées pendant cette instruction.

## 2 Le caractère SUBSIDIAIRE de l'Aide Sociale

Le caractère subsidiaire de l'aide sociale signifie qu'elle n'intervient qu'après évaluation de la solidarité familiale et des ressources personnelles du demandeur (retraite, aide au logement, AAH...).

### Solidarité familiale

#### ■ Obligation alimentaire (articles 205 à 207 du Code Civil)

Dans le cadre de la solidarité familiale, vos enfants doivent vous apporter une aide si vous êtes dans le besoin. Le montant de la participation dépend de la situation financière, matrimoniale et familiale de chaque obligé alimentaire et constitue une participation globale. L'obligation alimentaire ne s'applique pas à toutes les aides.

#### *Question pratique : comment estimer la participation des obligés alimentaires ?*

Dans le présent dossier, vous avez un dossier d'obligation alimentaire (feuillet 5). Il est à compléter par chacun de vos enfants.

#### ■ Devoir d'assistance entre époux (article 212 du Code Civil)

Votre conjoint marié est mis à contribution en fonction de sa situation financière.

### Ressources du demandeur

#### ■ Avant la décision : la provision

Lorsque vous faites une demande d'aide sociale à l'hébergement, vous devez verser vos ressources (retraites,...) à l'établissement, c'est le système de la provision.

#### *Question pratique : comment mettre en place la provision ?*

Vous devez compléter une fiche de provision à demander à l'établissement (ressources et charges) permettant d'en déterminer le montant et de calculer la part de vos ressources qui est laissée à votre disposition.

#### ■ Après la décision : la contribution

##### ▼ Pour une personne âgée en EHPAD

Vous participez à vos frais de séjour en versant à l'établissement une contribution selon vos ressources (articles L.132-1 à L.132-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

Vous conservez un minimum d'argent, intitulé reste à vivre au moins égal à 10% de vos ressources et qui ne peut être inférieur à 1% du montant annuel de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA<sup>1</sup>).

La somme laissée à disposition est majorée du montant de charges déductibles retenues.

##### ▼ Pour une personne en situation de handicap en hébergement

Vous participez à vos frais de séjour en versant à l'établissement une contribution selon vos ressources.

Vous conservez un minimum d'argent, intitulé reste à vivre dont le montant varie selon le statut de la personne<sup>2</sup> (article D.344-35 du Code de l'Action Sociale et des Familles) :

#### VOUS AVEZ UNE ACTIVITÉ RÉMUNÉRÉE

Vous devez disposer à minima de 50 % du montant mensuel de l'Allocation aux Adultes Handicapés<sup>1</sup>.

#### VOUS NE TRAVAILLEZ PAS

Vous devez disposer à minima de 30 % du montant mensuel de l'Allocation aux Adultes Handicapés<sup>1</sup>.

La somme laissée à disposition est majorée du montant de charges déductibles retenues.

1 - Pour connaître le montant actuel de l'ASPA ou de l'AAH, vous pouvez consulter [www.service-public.fr](http://www.service-public.fr)

2 - Activité rémunérée : la personne handicapée travaille, bénéficie d'une aide aux travailleurs privés d'emploi ou effectue un stage de formation professionnelle ou de rééducation professionnelle.

### Question pratique : comment faire pour verser votre contribution ?

Pour indiquer votre choix, complétez le feuillet 2 dans le présent dossier.

- Vous-même ou votre représentant légal, versez votre contribution au comptable de l'établissement. Le Département préconise la mise en place d'un virement automatique depuis votre compte courant vers le compte de l'établissement.
- Vous-même ou votre représentant légal, confiez ce reversement aux organismes (CAF, Caisses de retraite).

## 3 Le caractère D'AVANCE de l'Aide Sociale

Le caractère d'avance de l'aide sociale signifie que les sommes versées au titre de l'aide sociale sont, sauf dispositions contraires, récupérables.

### Recours

En vertu des articles L.132-8 et R.132-11 du Code de l'Action Sociale et des Familles, des recours sont exercés par le Département.

#### ● **Récupération sur la succession du bénéficiaire**

Elle s'exerce dans la limite de l'actif net successoral défini par les règles de droit commun, c'est à dire l'actif brut disponible constitué de la valeur des biens mobiliers et immobiliers, diminué du passif successoral.

### Question pratique : comment sont impactés les héritiers ?

**La récupération ne s'applique que sur la succession du bénéficiaire et en aucun cas sur les biens personnels des héritiers.**

Le Président du Conseil Départemental peut décider le report du recours contre la succession du bénéficiaire au décès du conjoint survivant.

#### ● **Récupération sur le donataire**

Elle s'exerce lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les dix ans qui ont précédé cette demande, et dans la limite de la valeur des biens donnés par le bénéficiaire de l'aide sociale.

#### ● **Récupération sur le bénéficiaire d'un contrat d'Assurance-vie**

La récupération sur le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie souscrit par le bénéficiaire de l'aide sociale s'exerce sur le montant des primes versées après l'âge de 70 ans.

Lorsqu'elle concerne plusieurs personnes bénéficiaires du contrat, la récupération s'effectue au prorata des sommes versées à chacun de celles-ci.

#### ● **Récupération sur le légataire**

La récupération sur le légataire universel, lequel est tenu du passif successoral, s'exerce comme en matière de recours sur succession.

La récupération sur le légataire particulier s'exerce selon les dispositions régissant le recours contre le donataire.

### ● Récupération sur le bénéficiaire revenu à meilleure fortune

Le retour à meilleure fortune s'entend comme un accroissement de la valeur du patrimoine ou des ressources.

Il est constitué dans la majorité des cas par la perception d'un héritage.

La perception d'un capital destiné à compenser un handicap n'est pas considérée comme relevant d'un retour à meilleure fortune.

### Hypothèque

En vertu de l'article L.132-9 du Code de l'Action Sociale et des Familles, pour garantir le remboursement de l'aide sociale du résident en EHPAD, le Département prend une hypothèque légale dès le début de la prise en charge, sur les biens immobiliers appartenant à la personne hébergée.

Ainsi, le notaire qui règle une succession ou procède à une vente a obligatoirement connaissance d'une créance du Département.

### Question pratique : A quelle date ma demande est-elle prise en compte ?

La décision d'attribution de l'aide sociale prend effet à compter du jour d'entrée dans l'établissement si la demande a été déposée au CCAS ou à la Mairie du domicile de secours dans les deux mois qui suivent ce jour.

Si la demande est déposée après les 2 mois, la prise en charge à l'aide sociale est effective dans la quinzaine qui suit le dépôt du dossier au CCAS ou à la Mairie du domicile de secours.

### Statut juridique pour les conditions de l'aide sociale à l'hébergement en EHPAD

AGE D'ENTREE EN EHPAD	POUR UNE PERSONNE AGEE	POUR UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP
Moins de 60 ans	Pas d'aide sociale possible	Aide sociale possible si le bénéficiaire remplit les conditions ci-dessous et si le dossier est accompagné d'une dérogation d'âge en EHPAD validée par le Président du Département
60/65 ans	Aide sociale possible avec un justificatif d'inaptitude au travail <i>Art.L.113-1 du CASF</i>	La personne en situation de handicap doit remplir 2 conditions : - Avoir été accueillie dans un établissement ou accompagnée par un service médico-social <b>et</b> - Avoir un taux d'incapacité, en cours de validité, au moins égal à 80 % avant 65 ans
Plus de 65 ans	Aide sociale possible <i>Art.L.113-1 du CASF</i>	<i>Art. L344-5-1 du CASF</i>

Pour des informations complémentaires :  
05 62 56 74 18 ou mesdemarches.ha-py.fr

## DEMANDE D'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT / ACCUEIL FAMILIAL

Recevabilité Administrative		Demande	Renouvellement
Formulaire	Formulaire de demande complété, daté et signé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identité	Carte d'identité, Passeport ou acte de naissance intégral, Titre de séjour, en cours de validité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Livret de famille complet	<input type="radio"/>	
Mesure de protection	Jugement de la mesure de Protection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Domicile	Justificatif de domicile de moins de 3 mois préalablement à la date d'entrée en établissement	<input type="radio"/>	
Ressources Bénéficiaire	Dernier avis d'impôt complet sur les revenus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres pièces	Justificatif du Taux d'Incapacité au moins égal à 80 % en cours de validité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bulletin d'entrée ou de situation en établissement ou contrat d'accueil si accueil familial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Instruction		Demande	Renouvellement
Formulaire	Formulaire des obligés alimentaires complété, daté et signé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ressources Bénéficiaire	3 derniers relevés de comptes bancaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Relevé des capitaux placés imposables ou non mentionnant les intérêts au 31/12 signé par la banque ou attestation bancaire (feuille 3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Contrat d'assurance vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3 dernières attestations de paiements (Prestations diverses et Allocation logement) CAF ou MSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3 dernières attestations des pensions de retraite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Attestation de la pension de réversion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3 derniers Bulletins de salaire si travailleur en situation de handicap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Charges autorisées	Relevé mensuel ou annuel de la cotisation d'assurance responsabilité civile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Relevé mensuel ou annuel des frais de mutuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Relevé mensuel ou annuel des frais de la mesure de protection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Avis de taxe foncière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres Pièces	Modalités de reversement des ressources (feuille 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Extrait de la matrice cadastrale si propriétaire	<input type="radio"/>	
	Acte de donation / Acte ou justificatif de leg	<input type="radio"/>	
Conjoint marié restant à domicile	Carte d'identité, Passeport ou acte de naissance intégral, Titre de séjour, en cours de validité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Dernier avis d'impôt complet sur les revenus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3 derniers relevés de comptes bancaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Relevé des capitaux placés imposables ou non mentionnant les intérêts au 31/12 signé par la banque ou attestation bancaire (feuille 3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3 dernières attestations de paiements (Prestations et Allocation logement) CAF ou MSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3 dernières attestations des pensions de retraite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Justificatif de loyer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Relevé mensuel ou annuel de la cotisation d'assurance habitation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevé mensuel ou annuel des frais de mutuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## DEMANDE D'AIDE SOCIALE AIDE MENAGERE / AIDE AU REPAS

### Recevabilité Administrative

		Demande	Renouvellement
<b>Formulaire</b>	Formulaire de demande complété, daté et signé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Identité</b>	Carte d'identité, Passeport ou acte de naissance intégral, Titre de séjour, en cours de validité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Livret de famille complet	<input type="radio"/>	
<b>Mesure de protection</b>	Jugement de la mesure de Protection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Domicile</b>	Justificatif de domicile de moins de 3 mois préalablement à la date d'entrée en établissement	<input type="radio"/>	
<b>Ressources Bénéficiaire</b>	Dernier avis d'impôt complet sur les revenus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Autres pièces</b>	Justificatif du Taux d'Incapacité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Instruction

		Demande	Renouvellement
<b>Formulaire</b>	Formulaire des obligés alimentaires si demande d'aide au repas pour personne âgée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Formulaire aide ménagère (feuille 4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ressources Bénéficiaire</b>	3 derniers relevés de comptes bancaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Relevé des capitaux placés imposables ou non mentionnant les intérêts au 31/12 signé par la banque ou attestation bancaire (feuille 3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3 dernières attestations de paiements (Prestations diverses et Allocation logement) CAF ou MSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3 dernières attestations des pensions de retraite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Attestation de la pension de réversion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3 derniers Bulletins de salaire si travailleur en situation de handicap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Conjoint marié et/ou enfants au domicile</b>	Carte d'identité, Passeport ou acte de naissance intégral, Titre de séjour, en cours de validité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Dernier avis d'impôt complet sur les revenus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3 derniers relevés de comptes bancaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Relevé des capitaux placés imposables ou non mentionnant les intérêts au 31/12 signé par la banque ou attestation bancaire (feuille 3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3 dernières attestations de paiements (Prestations et Allocation logement) CAF ou MSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3 dernières attestations des pensions de retraite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Justificatif du Taux d'Incapacité au moins égal à 80 % en cours de validité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 du code de l'action sociale et des familles.

J'ai pris connaissance qu'une somme mensuelle sera à ma disposition : 10 % de mes ressources qui ne peut être inférieur au centième du montant annuel de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées arrondi à l'euro le plus proche.

Fait à : ..... le .....

Signature (demandeur et/ou représentant légal)

Signature et cachet de l'établissement :

### CADRE RÉSERVÉ AU DÉPARTEMENT

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

Le Président du Conseil Départemental des Hautes-Pyrénées autorise la perception des ressources du bénéficiaire par le comptable de l'établissement pour la durée de la prise en charge.



Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : 

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

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'examen d'un droit me concernant, je dois fournir un relevé de capitaux, mentionnant le montant des intérêts au 31/12.

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.

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

Fait à : ....., le .....

Signature (demandeur et/ou représentant légal)

**RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS IMPOSABLES OU NON**

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 et Signature de l'établissement bancaire :

**A faire compléter par le  
médecin du demandeur**

Nom - Prénom du demandeur : .....

Adresse : .....

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

Seul  En couple  Avec enfants (nombre et âges) : .....

### VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE

COHÉRENCE : converser et/ou se comporter de façon sensée	<input type="checkbox"/>
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	<input type="checkbox"/>
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	haut <input type="checkbox"/>
	bas <input type="checkbox"/>
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	haut <input type="checkbox"/>
	moyen <input type="checkbox"/>
ALIMENTATION : manger des aliments préparés	bas <input type="checkbox"/>
	se servir <input type="checkbox"/>
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	manger <input type="checkbox"/>
	urinaire <input type="checkbox"/>
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir	fécale <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...	<input type="checkbox"/>
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	<input type="checkbox"/>
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...	<input type="checkbox"/>

### VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE

GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	<input type="checkbox"/>
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servi	<input type="checkbox"/>
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	<input type="checkbox"/>
TRANSPORT : prendre et/ou commander un moyen de transport	<input type="checkbox"/>
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	<input type="checkbox"/>
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin	<input type="checkbox"/>
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps	<input type="checkbox"/>

Superficie du logement : .....

T1  T2  T3

Nombre d'heures souhaitées par mois :

8h  Plus : ..... (à justifier)

Prestataire souhaité :

ADMR  Pyrène Plus  Aider 65

Compléments et souhaits du demandeur :

.....  
.....  
A : fait seul, totalement, habituellement,  
correctement

B : fait partiellement, non habituellement,  
non correctement

C : ne fait pas

A.....,

Le.....

Signature et cachet du médecin :



**COORDONNÉES DE L'OBLIGÉ ALIMENTAIRE**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Marié(e)  Autre : .....

Lien de parenté avec le demandeur : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Commune : ..... Tél. : ..... mail : .....

**POUR LA DEMANDE D'AIDE SOCIALE DE :**

Nom du demandeur : ..... Prénom : .....

Commune : ..... Lieu d'accueil : .....

**COMPOSITION DU FOYER**

	NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
Conjoint marié	.....	.....
Enfants	.....	.....
	.....	.....

**LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE AU DOSSIER**

		Demande	Renouvellement
<b>Formulaire</b>	Feuillet 5 complété, daté et signé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Identité</b>	Carte d'identité, Passeport ou acte de naissance intégral, Titre de séjour, en cours de validité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ressources OA</b>	Dernier avis d'impôt complet sur les revenus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Charges autorisées</b>	Quittance de loyer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tableau d'amortissement d'emprunts (achat de l'habitation principale, investissement locatif)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Avis de taxe foncière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Justificatif du montant des pensions alimentaires versées pour les enfants si parents divorcés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Justificatif de paiement du loyer si enfant étudiant au nom de l'obligé alimentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Autre</b>	Le cas échéant, jugement JAF de décharge de toute obligation alimentaire à l'égard du parent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Conjoint marié</b>	Carte d'identité, Passeport ou acte de naissance intégral, Titre de séjour, en cours de validité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent document, et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

A ....., le .....

Signature :

**La Mairie ou le CCAS vient de vous transmettre le dossier d'obligation alimentaire. Ce formulaire sert à évaluer la participation financière des enfants en tenant compte des ressources et des charges autorisées.**

### **POURQUOI ÊTES VOUS APPELÉ À REMPLIR CE DOCUMENT ?**

Un de vos parents est entré en EHPAD, en famille d'accueil ou sollicite l'aide au repas à son domicile.

Ses ressources sont insuffisantes pour subvenir à ses besoins.

En tant qu'enfant, vous êtes soumis par la loi à l'obligation alimentaire (article 205 et suivants du code de l'action sociale et des familles).

### **COMMENT EST CALCULÉ LE MONTANT DE L'OBLIGATION ALIMENTAIRE ?**

Le Département analyse vos revenus bruts avant abattement selon votre avis d'imposition et vos charges et applique un barème départemental qui prend en compte le nombre de parts fiscales de votre foyer.

Pour les couples mariés, les ressources et les charges du couple sont prises en compte.

Pour les couples ayant un autre régime matrimonial, les ressources, uniquement, de l'obligé alimentaire et la moitié des charges du couple sont prises en compte.

#### **A noter :**

Les sommes versées au titre de l'obligation alimentaire constituent une charge déductible en totalité du revenu global imposable.

### **QUELLE EST LA PROCÉDURE MISE EN ŒUVRE PAR LE DÉPARTEMENT ?**

- 1/ Le Département étudie votre dossier en même temps que celui de votre parent.
- 2/ Le Département propose une participation globale pour l'ensemble des obligés alimentaires. Pour une fratrie, la répartition individuelle doit être déterminée à l'amiable entre les membres de la fratrie.
- 3/ Il vous est envoyé une notification accompagnée d'un acte d'engagement. Ce dernier est à renvoyer obligatoirement en cas d'accord ou de refus.
- 4/ Pour le paiement, vous recevez un avis des sommes à payer envoyé par la paierie départementale. Vous devez vous acquitter de votre participation à compter du premier jour de la prise en charge de votre parent à l'aide sociale. Des modalités de paiement sont possibles.
- 5/ La décision est valable pour une durée de 3 ans. En cas de changement de situation de votre situation, une révision peut être demandée en fournissant le dernier avis d'impôt complet sur les revenus.

#### **A noter :**

- Si vous ne renvoyez pas ce dossier, le Département saisit les services fiscaux en application de l'article L133-3 du CASF pour connaître vos ressources et calculer la participation globale.
- Si les services fiscaux n'ont aucun renseignement vous concernant, le dossier de demande de votre parent est instruit et le Département saisit le Juge des Affaires Familiales.
- En cas de refus ou de non réponse dans un délai de 2 mois, le département saisit le Juge des Affaires Familiales afin que celui-ci se prononce sur votre participation individuelle.