

DEMANDE D'AIDE SOCIALE POUR L'HEBERGEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES EN ETABLISSEMENT SPECIALISE

Nom : Nom de jeune fille :
Prénom : Date de naissance :
Adresse (avant l'entrée dans un établissement sanitaire ou social, hôpital, foyer de jeunes travailleurs,...) :
.....
Période de résidence du au.....

1^{ère} Demande

Renouvellement

AIDE SOCIALE DEMANDEE A COMPTER DU :

(La date effective de début de prise en charge sera arrêtée par le Département, sachant qu'elle sera fixée au plus tôt 2 mois avant le dépôt de la demande - Art. R 131-2 du CASF)

NOM et ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL :

TYPE D'ETABLISSEMENT :

- Foyer d'hébergement ESAT Foyer de vie (ou foyer occupationnel ou FAS) Foyer d'accueil médicalisé
 CAP'S : Accueil d'urgence Foyer intermédiaire d'Essey-les-Nancy IME, IMPRO, autre étab pour enfants

TYPE D'ACCUEIL : Accueil régulier Accueil Temporaire (stages- dépannages-essai)

MODALITES D'ACCUEIL : Accueil de jour Accueil permanent Accueil permanent de semaine

LISTE DES PIECES A FOURNIR IMPERATIVEMENT ET UNIQUEMENT

- Justificatif d'état civil (photocopie du livret de famille ou de la carte d'identité)
- Copie du titre de séjour en cours de validité pour les personnes étrangères
- La décision d'orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) relative la période concernée par la présente demande
- Copie des notifications de la caisse d'allocations familiales précisant le montant actuel de l'allocation adulte handicapée (AAH), de l'allocation de logement ou de l'APL
- Copie des justificatifs des ressources de l'intéressé(e) seulement (salaires, pension invalidité, rente, retraites...)
- Justificatifs précisant le montant des intérêts produit par le capital détenu en propre par l'intéressé(e)
- Le dernier avis d'impôt sur le revenu de l'intéressé(e) ou celui du foyer auquel il (elle) est rattaché(e)
- La copie du jugement de tutelle ou curatelle
- La copie de la décision de la CDAPH de maintien en IME au titre de l'amendement CRETON
- L'avis d'entrée établi par l'établissement

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

	PERSONNE CONCERNEE	CONJOINT ou AUTRE PERSONNE VIVANT MARITALEMENT ou NON
NOM Marital <i>pour les femmes</i>	.....	.....
PRENOM	.....	.....
NOM DE JEUNE FILLE	.....	.....
DATE ET LIEU DE NAISSANCE	| ____ | ____ | ____ | à .....	| ____ | ____ | ____ | à
Nationalité (F / UE / Autres)	.....	.....
SITUATION DE FAMILLE <i>(marié, divorcé, veuf, concubin, pacsé)</i>	.....	.....
ACTIVITE PROF. DU CONJOINT	/	.....
ENFANTS VIVANTS AU DOMICILE	NOM PRENOM	DATE DE NAISSANCE

COORDONNEES TELEPHONIQUES	.....	.....
NUMERO D'ALLOCATAIRE CAF	.....	.....

Coordonnées du représentant légal ou de la personne référente à contacter :

Nom, prénom et lien de parenté ou autre avec le demandeur.....

Adresse :

N° de téléphone et/ou e-mail :

Pour les personnes qui sont accueillies en établissement en internat avant et après leur majorité

Détenteur(s) de l'autorité parentale l'année précédant la majorité :

Adresse du détenteur de l'autorité parentale :

La personne handicapée est-elle actuellement maintenue en établissement pour enfants dans le cadre de l'amendement CRETON ? OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESSOURCES DU FOYER

	PERSONNE CONCERNEE			CONJOINT ou AUTRE PERSONNE VIVANT MARITALEMENT ou NON, ENFANTS		
	INTITULE	MONTANT	PERIODICITE	INTITULE	MONTANT	PERIODICITE
RESSOURCES : AAH, compléments AAH, retraite principale et complémentaires pensions, autres		
		
		
		
AUTRES RESSOURCES : revenus fonciers, intérêts de capitaux,		
		
		
PLACEMENTS	INTITULE	MONTANT	ORGANISME	INTITULE	MONTANT	ORGANISME
		
		
		

Situation au regard des aides légales et autres aides :

Percevez-vous :

- L'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) OUI NON
- La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) OUI NON
- La Majoration pour Tierce Personne (MTP) OUI NON

Participation du bénéficiaire à ses frais d'hébergement

Le bénéficiaire devra participer au règlement de ses frais d'hébergement dans les conditions prévues par le règlement départemental d'aide sociale.

Informations relatives aux recours contre la succession

En application du Code de l'Action sociale et des familles, le Département de Meurthe-et-Moselle peut former un recours contre la succession du bénéficiaire. Les recours sont exercés dès le 1^{er} euro, sur l'actif net de la succession et non sur les biens des héritiers. Il n'y a pas de récupération à l'encontre de la succession du bénéficiaire décédé lorsque ses héritiers sont son conjoint, ses enfants, ses parents, la personne qui a assumé de façon effective la charge de la personne handicapée.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant * de :

.....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent formulaire qui sont fournis dans le cadre d'une demande d'aide sociale à l'hébergement et avoir pris connaissance des informations relatives au recours contre la succession, mentionnées à la page précédente.

Fait à le
(Signature)

* rayer la mention inutile

Fraudes

En application de l'article L.135-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du code pénal.

Imprimé à retourner dûment complété au :

Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle
Direction de l'Autonomie
48 Esplanade Jacques Baudot
CO 90019
54035 – NANCY Cedex
☎ : 03.83.94.50.49
☎ : 03.54.50.71.52

AVIS MOTIVE DU CCAS SUR LA RECONNAISSANCE DU DOMICILE DE SECOURS

Je soussigné(e),, atteste que le demandeur, M.....a acquis son domicile de secours dans la commune de..... en application des articles L122-1 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles

(Les dépenses d'aide sociale sont à la charge du Département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours (...). Le domicile de secours s'acquiert par **une résidence habituelle de trois mois** dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation, sauf pour les personnes admises dans des établissements sanitaires ou sociaux ou en « famille d'accueil » qui conservent le domicile de secours qu'elles avaient acquis avant leur entrée dans l'établissement et avant le début de leur séjour dans la « famille d'accueil »).

(L'obligation alimentaire ne s'applique pas aux personnes handicapées)

Date :

Signature et cachet du président du CCAS

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au versement de l'aide sociale. Le destinataire des données est le payeur départemental. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à Direction de l'Autonomie 48 esplanade Jacques Baudot CO 90019 - 54035 NANCY Cedex. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.