

OBLIGATION ALIMENTAIRE

Article L132-6 du code de l'action sociale et des familles :

« Les personnes tenues à l'obligation alimentaire instituée par les articles 205 et suivants du code civil sont, à l'occasion de toute demande d'aide sociale, invitées à indiquer l'aide qu'elles peuvent allouer aux postulants et à apporter, le cas échéant, la preuve de leur impossibilité de couvrir la totalité des frais. »

Avez-vous des enfants/beaux-enfants?

oui non

Si oui, nous vous invitons à compléter le tableau consacré aux obligés alimentaires situé sur la page annexe.

PIÈCES À JOINDRE

Ces pièces justificatives sont à joindre impérativement à votre demande.

	Pour un accueil familial	Pour une personne âgée	Pour une personne handicapée
Formulaire complété, daté et signé par le représentant légal et par le Maire	X	X	X
Copie de la carte d'identité ou du titre de séjour	X	X	X
Copie du livret de famille complet et de l'acte de naissance	X	X	X
Copie du jugement de mesure de protection le cas échéant	X	X	X
Justificatif de domicile de moins de trois mois avant l'admission	X	X	X
Copie du dernier avis d'imposition sur les revenus complet	X	X	X
Copie du dernier avis d'imposition de la taxe foncière complet	X	X	X
Attestation de paiement de la CAF ou de la MSA	X	X	X
Copie des livrets d'épargnes, placements, titres	X	X	X
Copie des trois derniers relevés de comptes	X	X	
Copie des trois dernières fiches de paie	X		X
Bulletin d'entrée dans l'établissement ou de situation		X	X
Contrat d'accueil familial, avenants au contrat, agrément, RIB	X		
Notification d'orientation de la CDAPH			X

La demande ne pourra être instruite qu'à compter de la réception du dossier complet.

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant légal de (barre la mention inutile)

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

Fait à le

Signature :

Le président du CCAS ou le maire

Fait à le

Cachet et signature :

Le présent dossier, une fois complet, est à adresser au Conseil départemental de la Somme à l'adresse suivante :

Conseil départemental de la Somme
Direction de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
43, rue de la République
CS 32615
80026 Amiens cedex 1



Cadre réservé à la DAPAPH

N° de dossier :
Reçu le :
Secteur :

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Première demande

Renouvellement

ÉTAT CIVIL

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT
Nom de naissance		
Nom marital		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Situation de famille	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé(e)	<input type="checkbox"/> marié(e)s <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> pacsé(e)s <input type="checkbox"/> concubins
Situation professionnelle		
N° de sécurité sociale	_____	_____

N° de téléphone fixe _____

Portable _____

Vous demandez l'aide sociale en qualité de :

personne âgée

personne en situation de handicap

DOMICILE

Votre domicile précédant votre entrée en établissement ou en famille d'accueil	Adresse :
	Complément d'adresse :
	Code postal _____ Commune :
Votre résidence actuelle (établissement ou famille d'accueil)	Adresse :
	Date d'admission :

AIDE SOLLICITÉE

Vous sollicitez l'aide sociale pour la prise en charge d'un :

accueil familial

Nom de l'accueillant :

Prénom(s) de l'accueillant :

hébergement en établissement pour personnes âgées

EHPAD

USLD (unité de soins
longue durée)

Résidence autonomie

hébergement en établissement pour personnes handicapées

Foyer de vie

Foyer d'hébergement

Accueil de jour

Foyer d'Accueil
Médicalisé

Amendement
creton

Lieu de vie et
d'accueil

UPHV (unité pour
personnes handicapées
vieillissantes)

à compter du :

MESURE DE PROTECTION

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection?

- habilitation familiale
 sauvegarde de justice
 curatelle
 tutelle
 aucune

Si oui :

- particulier
 organisme :

Nom du tuteur :

Prénom du tuteur :

Adresse postale :

N° de téléphone :

Courriel :@.....

Si vous le souhaitez, vous pouvez nous communiquer le nom d'une personne à contacter en cas de nécessité.

Nom : **Prénom :**

Lien avec le demandeur :

Adresse postale :

N° de téléphone :

Courriel :@.....

RESSOURCES ET REVENUS DU FOYER

RESSOURCES	MONTANTS MENSUELS DEMANDEUR	MONTANTS MENSUELS CONJOINT
Pensions, retraites, rentes, salaires <i>(Préciser l'organisme)</i>		
Allocation adulte handicapé		
Revenus du capital <i>(Préciser l'organisme)</i>		
Revenus fonciers		
Allocation logement		
Autres ressources		

Montants à reporter en euros

Vous êtes propriétaire :

- de votre logement
 d'autres biens immobiliers
 d'aucun bien immobilier

Préciser l'adresse et la nature des autres biens

Avant la présente demande, vous avez consenti à :

- un leg
 une donation en espèce
 une donation d'un bien immobilier
 aucun de ces actes

Préciser la valeur et la date de l'acte, ainsi que l'identité du donataire/légataire

Avez-vous souscrit à une assurance vie?

- Oui
 Non

Préciser la date de souscription, l'organisme souscripteur et l'identité des bénéficiaires

(joindre impérativement le contrat avec ses clauses bénéficiaires)

LISTE DES OBLIGÉS ALIMENTAIRES

Tableau à compléter impérativement si concerné

Noms et Prénoms <small>(indiquez le lien de parenté)</small>	Date et lieu de naissance	Adresse - téléphone - courriel
		Adresse : N° de tél. <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 0.8em; margin: 0 5px;" type="text"/> Courriel :@.....
		Adresse : N° de tél. <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 0.8em; margin: 0 5px;" type="text"/> Courriel :@.....
		Adresse : N° de tél. <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 0.8em; margin: 0 5px;" type="text"/> Courriel :@.....
		Adresse : N° de tél. <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 0.8em; margin: 0 5px;" type="text"/> Courriel :@.....
		Adresse : N° de tél. <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 0.8em; margin: 0 5px;" type="text"/> Courriel :@.....
		Adresse : N° de tél. <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 0.8em; margin: 0 5px;" type="text"/> Courriel :@.....
		Adresse : N° de tél. <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 0.8em; margin: 0 5px;" type="text"/> Courriel :@.....
		Adresse : N° de tél. <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 0.8em; margin: 0 5px;" type="text"/> Courriel :@.....
		Adresse : N° de tél. <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 0.8em; margin: 0 5px;" type="text"/> Courriel :@.....
		Adresse : N° de tél. <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 0.8em; margin: 0 5px;" type="text"/> Courriel :@.....
		Adresse : N° de tél. <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 0.8em; margin: 0 5px;" type="text"/> Courriel :@.....

Joindre une liste annexe si nécessaire.

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 L 132-8 du Code de l'Action sociale et des familles, des recours sont exercés par le Département ou par l'État si le bénéficiaire de l'aide sociale n'a pas de domicile de secours, à l'encontre :

- du bénéficiaire revenu à meilleure fortune
- de la succession du bénéficiaire

Le recouvrement sur succession des sommes versées au titre de l'aide sociale à domicile (sauf pour l'APA) s'exerce sur la part de l'actif net excédant 46 000 €. Seules les dépenses supérieures à 760 € et pour la part excédant ce montant peuvent donner lieu à récupération. Le recouvrement sur succession des sommes versées au titre de l'aide sociale à l'hébergement s'exerce à partir du 1er euro engagé par la collectivité quel que soit le montant de l'actif net successoral et dans la limite de cet actif.

- du donataire lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les dix ans qui ont précédé cette demande
- du légataire
- à titre subsidiaire, du bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie souscrit par le bénéficiaire de l'aide sociale, à concurrence de la fraction des primes versées après l'âge de 70 ans

Par ailleurs, il est précisé qu'il n'y a pas de recours sur succession en cas d'hébergement pour les personnes handicapées si les héritiers sont les parents, le conjoint, les enfants ou la personne qui a assuré la charge effective et constante de la personne handicapée (sous réserve de justificatifs). Pas de recours sur donation, sur legs et assurance-vie concernant les personnes handicapées.

Conformément à l'article L 132-9 du Code de l'action sociale et des familles, les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'aide sociale sont grevés d'une hypothèque légale en garantie des recours indiqués ci-dessus.

Sans préjudice des paiements en restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier des prestations au titre de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code pénal. (article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles)

L'attribution de l'aide sociale à l'hébergement est subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire définie par les articles 205 à 211 du Code civil. Elle met en jeu également la contribution des époux aux charges du mariage mentionnée à l'article 214 dudit code. Cependant, il n'y a aucune obligation alimentaire lorsqu'il s'agit d'une demande d'hébergement pour personnes handicapées.

PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Les informations vous concernant sont recueillies dans le cadre du traitement informatique de votre aide sociale autorisé par l'article R.232-40 du code de l'action sociale et des familles (CASF) qui en définit les finalités.

Ce traitement informatique est soumis au respect des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée dite « loi Informatique et Libertés » et au règlement général sur la protection des données (RGPD) n°2016/679 du 27 avril 2016, entré en vigueur le 25 mai 2018.

Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est le Département de la Somme, 53 rue de la République à Amiens.

Ce traitement informatique de vos données à caractère personnel a pour finalités exclusives l'attribution, la gestion et le contrôle de votre dossier d'aide sociale. Seuls les agents du Département de la Somme intervenant dans l'attribution, la gestion ou le contrôle de l'aide sociale, et les personnels habilités des organismes visés à l'article R.232-44 CASF, ont accès aux informations vous concernant, lesquelles sont conservées conformément aux dispositions de l'article R.232-46 du code précité.

Les données enregistrées sont conservées au maximum cinq ans à compter de la dernière aide accordée ou en cas de contentieux, de l'intervention de la décision définitive. Au delà, les données sont détruites ou archivées en conformité avec les dispositions du code du patrimoine.

En application de la loi Informatique et Libertés et du RGPD, vous disposez de droits d'accès, de rectification, de limitation et d'effacement. Afin d'exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au. DPO, dpo@somme.fr ou sous pli postal adressé au :

DPO
DSIN
43 rue de la République
BP 32615
80026 Amiens cedex

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL, 3 place Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex ou sur www.cnil.fr

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus indiquées et autorise le Président du Conseil départemental à solliciter auprès des administrations compétentes toute évaluation de mon patrimoine notamment cadastral.

Signature

Fait à le