Direction de l'Autonomie

Dossier familial d'aide sociale

Ce document doit être rempli avec le plus grand soin pour éviter tout retard dans son traitement.
Toutes les rubriques doivent être complétées et les justificatifs joints sous forme de photocopies.
Cet imprimé devra être retourné au Centre communal d'action sociale (CCAS) ou à la Mairie du demandeur.

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE POUR QUI L'AIDE EST DEMANDÉE

NOM et prénom	
Date de naissance	

AIDE(S) SOLLICITÉE(S)
cocher la ou les cases correspondantes et compléter

☐ Première demande	☐ Renouvellement	☐ Changement d'établissement/prestataire

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HÉBERGEMENT

☐ Dans un établissement pour personnes âgées ☐ Dans un établissement pour personnes handicapées	Date d'entrée en établissement : Aide sociale à compter du : Mode d'accueil : ☐ Temporaire ☐ Permanent
☐ Accueil familial pour personne âgée ☐ Accueil familial pour personne handicapée	Date d'entrée chez l'accueillant familial : Aide sociale à compter du :

SERVICES MÉNAGERS (OU ALLOCATION REPRÉSENTATIVE)

Nom du prestataire ayant complété la grille d'évaluation des besoins :		
Modalité d'intervention :	☐ Prestataire habilité à l'aide sociale	☐ Allocation représentative de services ménagers
Date d'effet de l'aide sociale souhaitée :		
☐ Frais ou portage de repas		

Dossier n° :

ÉTAT CIVIL
Joindre impérativement une photocopie du ou des livret(s) de famille

	DEMANDEUR	CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PACSÉ(E)
	☐ Monsieur ☐ Madame	☐ Monsieur ☐ Madame
NOM d'usage		
NOM de jeune fille (le cas échéant)		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
Nationalité (Pour les étrangers, préciser la date d'arrivée en France et la date de fin de validité du titre de séjour)		
Situation de famille	☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf (ou veuve) ☐ En concubinage ou pacsé(e) ☐ Divorcé(e)	
Nombre d'enfants		
Profession ou activité		
Nom de la caisse d'assurance mutuelle		
Numéro de sécurité sociale (NIR)		
Numéro allocataire CAF		

ADRESSE DU DEMANDEUR

ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT ACTUEL

(préciser s'il s'agit d'un accueil familial ou d'un établissement: EHPAD*, foyer pour personnes en situation de handicap ...)
***Si l'hébergement est en EHPAD, le bulletin de situation doit préciser le secteur de l'établissement (EPHAD ou USLD) ainsi que le type de chambre (individuelle ou double).**

Date d'arrivée	N° et Voie	Code postal et Commune	Type d'hébergement

AUTRES ÉTABLISSEMENTS FRÉQUENTÉS ENTRE LE DOMICILE ET L'ÉTABLISSEMENT ACTUEL

(préciser s'il s'agit d'un accueil familial ou d'un établissement: EHPAD, foyer pour personnes en situation de handicap ...)

Date d'arrivée	Date de départ	N° et Voie	Code postal et Commune	Type d'hébergement

ADRESSE DU DOMICILE ANTÉRIEUR À TOUTE ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT

Date d'arrivée	Date de départ	N° et Voie	Code postal et Commune	Modalités d'hébergement
				☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Hébergé à titre gratuit

PERSONNES RÉFÉRENTES

PERSONNE EXERÇANT UNE MESURE DE PROTECTION À L'ENCONTRE DU DEMANDEUR

☐ Tuteur ☐ Curateur ☐ Autre :

☐ Monsieur ☐ Madame

NOM, Prénom :

Adresse :

N° de téléphone : | Courriel :

En cas de mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle…) exercée à l'encontre du demandeur : joindre impérativement la copie de l'ordonnance de mise sous protection.

EN ABSENCE DE MESURE DE PROTECTION
PERSONNE DE CONFIANCE OU INTERLOCUTEUR PRIVILEGIÉ

☐ Monsieur ☐ Madame

NOM, Prénom :

Adresse :

N° de téléphone : | Courriel :

RESSOURCES MENSUELLES
Joindre justificatifs

Ressources en euros	**Membre du foyer**		
	Demandeur	Conjoint(e), Concubin(e), Pacsé(e)	Autre personne Lien de parenté avec le demandeur : Nom/Prénom :
Salaire			
Retraite principale			
Retraites complémentaires			
Pension de réversion			
Allocation adulte handicapé			
Pension d'invalidité			
Majoration Tierce-Personne			
Aide au logement			
Revenu des valeurs mobilières			
Pensions alimentaires			
Rente			
Autres : ……			
Autres : ……			

CHARGES MENSUELLES
Joindre justificatifs

Ressources en euros	Membre du foyer		
	Demandeur	Conjoint(e), Concubin(e), Pacsé(e)	Autre personne Lien de parenté avec le demandeur : Nom/Prénom :
Impôt sur les revenus			
Taxe d'habitation			
Taxe foncière			
Mutuelle			
Responsabilité Civile			
Frais de gestion de tutelle			
Autres :			
Autres :			
Autres :			

BIENS MOBILIERS : Cocher la case correspondante et compléter

COMPTE(S) COURANT(S)

Intitulé du compte courant	Numéro de compte	Solde au jour de la demande	Coordonnées des personnes ayant procuration sur le compte
Coordonnées de l'établissement bancaire			
Coordonnées de l'établissement bancaire			
Coordonnées de l'établissement bancaire			

COMPTES OU LIVRETS D'ÉPARGNE

☐ Je ne dispose d'aucun livrets ou comptes d'épargnes ☐ Je suis titulaire de livrets ou comptes épargnes

Intitulé du livret ou compte épargne	Numéro de compte	Solde au jour de la demande	Coordonnées des personnes ayant procuration sur le compte
Coordonnées de l'établissement bancaire:			
Coordonnées de l'établissement bancaire:			
Coordonnées de l'établissement bancaire:			
Coordonnées de l'établissement bancaire:			
Coordonnées de l'établissement bancaire:			

CONTRATS SOUSCRITS

Le demandeur est-il titulaire d'un contrat obsèques et/ou assurance décès ? ☐ Oui ☐ Non

Le demandeur a t il souscrit à un ou des contrats d'assurance vie ? ☐ Oui ☐ Non

Date de souscription	Nom et cordonnées de la compagnie d'assurance	Montant du capital investi	Montant actuel du capital
Nom et coordonnées des bénéficiaires désignés en cas de décès			
Nom et coordonnées des bénéficiaires désignés en cas de décès			
Nom et coordonnées des bénéficiaires désignés en cas de décès			
Nom et coordonnées des bénéficiaires désignés en cas de décès			

- Pour les personnes disposant de contrats obsèques et/ou d'assurance décès: joindre les justificatifs
- Pour les personnes ayant souscrit à un contrat d'assurance vie: joindre la copie du ou des contrats

BIENS IMMOBILIERS : Cocher la case correspondante et compléter

☐ Je ne suis propriétaire d'aucun bien immobilier

☐ Je dispose de biens immobiliers (en tant que propriétaire, usufruitier ou en indivision) situés à :

Nature du bien (appartement, maison, terrain…)	Adresse complète	Régime de propriété (total, usufruit, indivision…)

J'ai consenti avant de faire ma présente demande d'aide sociale :

☐ Une vente par acte du :
☐ Une donation en espèces par acte notarié ou déclaration fiscale du :
☐ Une donation d'un bien immobilier par acte du :

- Pour les personnes disposant de biens immobiliers : joindre la copie des extraits de la matrice cadastrale
- Pour le cas de vente ou donation : joindre une copie de l'acte si celui-ci à moins de 10 ans à la date de la présente demande

MEMBRES DE LA FAMILLE TENUS À LA DETTE ALIMENTAIRE
Joindre une copie du ou des livrets de familles

À remplir uniquement dans le cadre d'une demande de prise en charge des frais d'hébergement en établissement pour personnes âgées (EHPAD, long séjour, foyer-logement, petite unité de vie, résidence autonomie ou en famille d'accueil).

NOM/Prénom	Date et lieu de naissance	Situation familiale	Lien de parenté* avec le demandeur	Activités professionnelles
Adresse précise :				
N° de téléphone et / ou courriel :				
Adresse précise :				
N° de téléphone et / ou courriel :				
Adresse précise :				
N° de téléphone et / ou courriel :				
Adresse précise :				
N° de téléphone et / ou courriel :				
Adresse précise :				
N° de téléphone et / ou courriel :				
Adresse précise :				
N° de téléphone et / ou courriel :				

N.B. : joindre une feuille en annexe si nécessaire - *Conjoint(e) - Père - Mère - Enfant - Petits enfant - Gendre - Belle fille … Pour les gendres et belles-filles veufs, l'obligation alimentaire perdure, sauf s'il n'existe pas ou plus d'enfants vivants de cette union.

CERTIFICATION

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude de tous les renseignements figurants sur le présent dossier, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

Date de dépôt du dossier en Mairie :

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

AVIS MOTIVÉ DU MAIRE OU DU CCAS :

Le Maire soussigné certifie que les renseignements fournis ont fait l'objet d'une vérification par la Mairie ou le CCAS. Il atteste qu'à sa connaissance, le demandeur ne possède aucune autre source de revenu.

À : ..... Le : .....

Signature et Cachet du Maire :

Il appartient à la mairie/CCAS d'envoyer le dossier complété aux services du Département par voie postale à l'adresse suivante :

Département du Doubs

Direction de l'autonomie
7 avenue de la Gare d'Eau
25031 Besançon Cedex

Direction de l'Autonomie

Formulaire de demande d'aide sociale

Prise en charge en établissement ou service, en famille d'accueil, pour les services ménagers et le portage de repas

Information sur les conséquences de l'admission à l'aide sociale

Le bénéfice de l'aide sociale est un avantage subsidiaire accordé en cas de défaut ou d'insuffisance de ressources du requérant ou de sa famille:

- La demande d'admission au bénéfice de l'aide sociale est déposée au CCAS ou à la Mairie où le postulant à son domicile de secours (Article L122-3 du Code de l'action sociale et des familles [CASF]). En cas d'hébergement en établissement, elle peut prendre effet à compter du jour d'entrée dans l'établissement si la demande a été déposée au plus tard, dans les 4 mois qui suivent ce jour. À défaut, la prise en charge débutera au premier jour de la quinzaine suivant la réception du dossier par les services de la mairie / du CCAS.
- Les immeubles appartenant aux personnes âgées ou aux personnes handicapées, bénéficiaires de l'aide sociale en établissement ou en accueil familial, peuvent faire l'objet d'une prise d'hypothèque légale (Article L132-9 du CASF). Toutefois, l'inscription d'une hypothèque légale n'est pas requise pour les frais de portage de repas et services ménagers.
- L'attribution de l'aide sociale à l'hébergement, pour une personne âgée, est subordonnée à la contribution des époux aux charges du mariage, mentionnée à l'article 212 du Code civil. Elle implique également la mise en œuvre de l'obligation alimentaire définie par les articles 205 à 211 dudit Code.
- L'aide sociale est subsidiaire à l'aide que peuvent apporter les membres de la famille du demandeur. Elle intervient en complément de la participation du conjoint éventuel (articles 212 et 214 du Code Civil) et des enfants (et leurs conjoints mariés) au coût d'hébergement du bénéficiaire (articles 205 à 211 du Code Civil). Dans ce contexte et afin d'évaluer l'aide financière susceptible d'être apportée un formulaire d'obligation alimentaire est transmis aux débiteurs d'aliments.
- Sans préjudice des paiements en restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement, encourt les peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 318-8 du Code pénal (Article L133-6 du CASF).
- Des recours en récupération de l'aide sociale sont exercés, lorsque la réglementation l'autorise, par le Département en application de l'article L132-8 du CASF:
  - sur le bénéficiaire revenu à meilleure fortune,
  - sur la succession du bénéficiaire,
  - contre le légataire ou contre le donataire, lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les dix ans qui ont précédé cette demande.
  - À titre subsidiaire, contre le 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.

  La récupération de la créance d'aide sociale du Département s'effectue dans la limite de la dépense engagée par l'aide sociale. Dans le cadre du recours sur succession, il n'y a pas de récupération de la créance départementale sur le patrimoine des enfants. Le recours sur succession s'effectue sur l'actif net successoral disponible, composant la succession du bénéficiaire de l'aide sociale.
- Un régime d'exonération est prévu pour les personnes handicapées (Article L344-5 du CASF).

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES RECOURS EN RÉCUPÉRATION DE L'AIDE SOCIALE

Prestations	Recours exercés par le Département	
	Sur le bénéficiaire revenu à meilleur fortune, sur le donataire, sur le légataire	Sur la succession du bénéficiaire
Frais de repas ou de portage de repas	Non	Oui (1)
Aide aux services ménagers / Personnes âgées	Oui, au premier euro	Oui (1)
Aide aux services ménagers / Personnes adultes handicapées	Oui, au premier euro	Oui (1)
Allocation représentative des services ménagers	Oui, au premier euro	Oui (1)
Hébergement personnes âgées	Oui, au premier euro	Oui, au premier euro
Hébergement personnes handicapées	Non	Oui, au premier euro (2)
Allocation compensatrice	Non	Non
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	Non	Non
Prestation spécifique dépendance	Oui, au premier euro	Oui (1)
Prestation de compensation du handicap (PCH)	Non	Non

(1) Recours sur succession après abattement de 760 euros sur la créance d'aide sociale et pour la partie de l'actif net successoral supérieure à un seuil fixé par décret (46 000 €).
(2) Sauf si les héritiers sont le conjoint, les enfants, les parents ou la personne qui a assumé la charge effective et constante du bénéficiaire.

JE, SOUSSIGNÉ(E),	
NOM:	Prénom:
Né(e) le:	À:

- Déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus indiquées,
- certifie avoir déclaré l'intégralité de mes ressources et de mon patrimoine,
- m'engage à reverser la provision mise en place par l'établissement dans l'attente de la décision du Département.
- autorise, de mon vivant et postérieurement à mon décès, l'organisme bancaire ou tout organisme détenant des fonds m'appartenant, des assurances vie ou bons de capitalisation , à réaliser les opérations nécessaires pour rembourser les sommes avancées au titre de l'aide sociale et transmettre les justificatifs au Département du Doubs, sans que puisse être opposé au Département le secret professionnel ou le secret bancaire

À:	Le:

Signature du demandeur ou de son représentant légal:

LE DÉPARTEMENT DU DOUBS VEILLE À GARANTIR LE RESPECT ET LA PROTECTION DE VOTRE VIE PRIVÉE

Le présent texte a pour objectif de vous informer de vos droits relatifs au traitement de vos données à caractère personnel. Le Département du Doubs applique les dispositions de la loi n° n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à la protection des données et du Règlement Européen (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.
Le Département du Doubs est responsable du traitement de données à caractère personnel.
Le Département a désigné un Délégué à la Protection des Données que vous pouvez joindre par courriel à l'adresse suivante : dpo@doubs.fr
Le siège du Département du Doubs se trouve au 7, avenue de la Gare d'Eau, 25031 Besançon Cedex.

LA COLLECTE DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Seules les informations strictement nécessaires permettant de vous fournir le service le plus adapté à vos besoins, sont recueillies. Ces informations sont justifiées par la nature de la tâche à accomplir et proportionnées au but recherché. Elles font l'objet d'un traitement informatique sans prise de décision automatisée, ni de profilage. Le responsable du traitement s'engage à conserver vos données pour une durée limitée à 5 ans.

LA FINALITÉ DU TRAITEMENT DES DONNÉES

Nous traitons les données communiquées pour l'instruction de votre demande.

CONFIDENTIALITÉ DE VOS DONNÉES ET ABSENCE D'UTILISATION À DES FINS COMMERCIALES

Les destinataires de cette collecte sont les services du Conseil Départemental du Doubs concernés par l'instruction et le suivi des demandes.
Le partage des informations entre administrations et organismes habilités ne s'effectue qu'a minima dans le respect de la déontologie. Vos données ne seront en aucun cas cédées, ni transmises à des organismes à des fins commerciales.

PROTECTION DES DONNÉES

Le Département du Doubs utilise les moyens techniques nécessaires pour protéger vos données, afin d'empêcher notamment qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des tiers non autorisés.

EXERCICE DU DROIT D'ACCÈS

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que:

1) Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
2) Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.
3) En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.
4) Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, à:

   Mme la Présidente du Département du Doubs, Direction de l'autonomie, 7 avenue de la Gare d'Eau, 25031 Besançon cedex

   ou au Président ou Présidente de l'organisme qui vous sert l'avantage de retraite principal ou la pension si vous en êtes titulaire.

Vous disposez également d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (www.cnil.fr).
En savoir plus sur le RGPD au Département du Doubs : www.doubs.fr, rubrique RGPD