



## 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
<b>Pensions, retraites, rentes, salaires</b>  <i>(Préciser l'organisme)</i>		
<b>Allocation adulte handicapé</b>		
<b>Revenus du capital</b>  <i>(Préciser l'organisme)</i>		
<b>Revenus fonciers</b>		
<b>Allocation logement</b>		
<b>Autres ressources</b>		

*Montants à reporter en euros*

<p><b>Vous êtes propriétaire :</b></p> <p> <input type="checkbox"/> de votre logement  <input type="checkbox"/> d'autres biens immobiliers  <input type="checkbox"/> d'aucun bien immobilier         </p>	<p><i>Préciser l'adresse et la nature des autres biens</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Avant la présente demande, vous avez consenti à :</b></p> <p> <input type="checkbox"/> un leg  <input type="checkbox"/> une donation en espèce  <input type="checkbox"/> une donation d'un bien immobilier  <input type="checkbox"/> aucun de ces actes         </p>	<p><i>Préciser la valeur et la date de l'acte, ainsi que l'identité du donataire/légataire</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Avez-vous souscrit à une assurance vie?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non         </p> <p><i>(joindre impérativement le contrat avec ses clauses bénéficiaires)</i></p>	<p><i>Préciser la date de souscription, l'organisme souscripteur et l'identité des bénéficiaires</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

## 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
Imprimé annexe complété et signé	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
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
Copie des trois derniers relevés de comptes	X	X	X
Copie des livrets d'épargne, placements, titres	X	X	X
Attestation de paiement de la CAF ou de la MSA	X	X	X
Copie du jugement de mesure de protection le cas échéant	X	X	X
Bulletin d'entrée dans l'établissement ou de situation		X	X
Contrat d'accueil familial, avenants au contrat et agrément	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 (*barrer 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