

DEMANDE D'AIDE SOCIALE A L'HÉBERGEMENT OU A DOMICILE AU TITRE DES PERSONNES HANDICAPÉES

PERSONNE POUR LAQUELLE L'AIDE EST DEMANDÉE

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance : _____ NOM marital : _____

Prénom : _____ Nationalité : _____

Date et lieu de naissance : _____

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) Veuf (ve) Séparé(e)

Protection juridique :

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection ? OUI NON

Sauvegarde Curatelle Tutelle

Si oui, préciser les noms et coordonnées de la personne désignée : _____

Code postal _____ Commune/Ville _____

L'intéressé(e) réside-t-il depuis plus de 3 mois dans le Département de la Marne ? OUI NON

Adresse actuelle :

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal _____ Commune/Ville _____

Précisez s'il s'agit :

du domicile

de l'établissement d'hébergement (joindre le bulletin d'entrée)

de l'accueil chez un particulier à domicile à titre onéreux

Autres (ex : chez un enfant, un parent...) _____

Adresse précédente :

Date d'arrivée : _____ Date de départ : _____

Adresse : _____

Code postal _____ Commune/Ville _____

Numéro allocataire CAF ou MSA (A remplir IMPÉRATIVEMENT) :

CAF _____

MSA _____

NATURE DE L'AVANTAGE SOLLICITÉ (cocher les cases correspondantes)**Nature de l'établissement :**

- Foyer d'hébergement
Foyer de vie
Foyer d'accueil médicalisé
IME
Accueil familial
Autres (à préciser)

Modalité d'hébergement ou d'accueil:

- Séjours temporaires
Service d'Activités de Jour : Revient tous les soirs dans sa famille
INTERNAT DE SEMAINE : Revient très régulièrement dans sa famille chaque week-end
INTERNAT PROLONGÉ : Retour au domicile deux fins de semaine par mois
INTERNAT COMPLET : Revient irrégulièrement dans sa famille ou pas du tout
Autre (à préciser) :

A domicile :

- Services ménagers
Portage de repas

Autres :

- Frais de vacances

AVANTAGE SOLLICITÉ

1^{ère} demande _____ Renouvellement _____ Révision _____

Nom de l'établissement d'hébergement, de l'accueillant familial ou de l'association prestataire :

Adresse complète :

Code postal _____ Commune/Ville _____

N° téléphone : _____ Adresse mail _____

Date d'admission : _____

Date de début de prise en charge par l'aide sociale souhaitée : _____

MEMBRES DE LA FAMILLE (uniquement pour les services ménagers et portage de repas)

<i>NOM - Prénom</i>	<i>Date naissance</i>	<i>Parenté</i>

ATTESTATIONS**Ressources du bénéficiaire à remplir obligatoirement (transmettre TOUS les justificatifs)**

<i>Nature</i>	<i>Organismes</i>	<i>Montant net MENSUEL perçu</i>
AAH		
Salaire Net		
Retraites		
Pensions invalidités		
Rentes invalidités		
Autres (préciser)		

Patrimoine : (Transmettre tous les justificatifs si vous cochez OUI)BIENS MOBILIERS (Livrets A, LDD, PEL, Assurances vies.....) OUI NON BIENS IMMOBILIERS (propriétés bâties et non bâties) OUI NON BIENS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DONATION, PARTAGE ou LEGS (dans les 10 ans précédant la demande d'aide sociale) OUI NON **Je soussigné(e) (Nom, Prénom, qualité)** _____**Demeurant**

Code postal _____ Commune/Ville _____

Certifie sur l'honneur que les informations mentionnées ci-dessus sont exactes lors du dépôt de ma demande ce jour.

Fait à _____, le _____

Signature (obligatoire)**Avis motivé du Centre Communal d'Action Sociale ou du Maire (du lieu de résidence administrative) :**

Fait à : _____ Signature - Cachet

Le : _____

COORDONNÉES DE LA PERSONNE A CONTACTER**(pour tout renseignement complémentaire nécessaire à l'instruction de cette demande)**

NOM - Prénom : _____

Qualité ou parenté : _____

Adresse : _____

Code postal _____ Commune/Ville _____

N° téléphone : _____ N° portable : _____

Adresse email : _____

DEMANDE D'AIDE SOCIALE A L'HÉBERGEMENT OU A DOMICILE AU TITRE DES PERSONNES HANDICAPÉES

NOM-Prénom : _____
Date de naissance : _____

N° DOSSIER : _____
Secteur : _____

CADRE RESERVÉ AU SERVICE

Hébergement : _____ Domicile : _____

Décision :

Notifié le :

L'ensemble du dossier, accompagné **OBLIGATOIREMENT** des pièces justificatives, est à déposer auprès de la mairie ou du Centre Communal d'Action Sociale de votre lieu de résidence.

Pour tout renseignement :

Département de la Marne
Direction de la Solidarité Départementale
Service Solidarité, Grand-Âge et Handicap
2 bis, rue de Jessaint - CS 30454
51038 CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE Cedex

 **03 26 69 56 56**

**LISTE DES PIÈCES A PRODUIRE PAR LE DEMANDEUR
(Personne pour laquelle l'aide est demandée)**

- Demande d'Aide Sociale à compléter avec avis motivé du C.C.A.S.
- Carte d'identité recto verso ou copie lisible du livret de famille complet ou passeport ou titre de séjour en cours de validité
- Photocopie du jugement de tutelle (si vous êtes concerné(e))
- Notification d'attribution par la CDAPH de l'Allocation Adulte Handicapé en cours de validité
- Attestation de paiement par la CAF ou MSA récente (A.L.S ou A.P.L et A.A.H.)
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (EDF, eau, téléphone, quittance de loyer)
- Dernier avis d'imposition sur le revenu recto verso et faisant apparaître le détail des revenus ou justificatif d'imposition
- Adresse antérieure si l'intéressé(e) est hébergé(e) dans un établissement non acquisitif de domicile de secours
- Photocopie **des livrets d'épargne** faisant apparaître le montant du capital et les intérêts acquis au 1^{er} Janvier dernier, des titres, actions... ou tout autre placement
- Photocopie du **contrat d'assurance vie**, faisant apparaître le montant actualisé
- Photocopie des Taxes foncière ou matrice cadastrale des **biens immobiliers**
- Si les membres du foyer ont fait une **donation, donation-partage ou un legs** postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les 10 ans qui l'ont précédée : joindre copie de l'acte établi par le notaire

En complément des pièces mentionnées ci-dessus, veuillez y joindre selon la demande :

Pour une demande au titre des services ménagers et portage de repas :

- Coordonnées du service prestataire
- Certificat médical précisant le nombre d'heures préconisées pour de l'aide-ménagère.
- Explications circonstanciées des besoins (domaine d'intervention et conséquences du handicap)**
- Relevé d'Identité Bancaire de l'intéressé pour le Portage de repas
- Justificatifs de **toutes les ressources pour tous les membres du foyer** (3 dernières fiches de Salaire, notifications des retraites principales et complémentaires, Pensions et rentes d'Invalidités, Rente A.T., Allocation Veuvage, Pensions alimentaires...)
- Justificatif précisant votre taux d'invalidité (au moins égal à 80 % ou dans l'impossibilité de se procurer un emploi)

Pour une demande au titre de l'hébergement des personnes handicapées :

- Notification d'orientation de la CDAPH en cours de validité. (Demande à effectuer auprès de la MDPH)

Pour une demande au titre de l'amendement CRETON :

- Notification de la CDAPH de maintien au titre de l'amendement CRETON (Demande à effectuer auprès de la MDPH)
- Notification d'orientation de la CDAPH en cours de validité. (Demande à effectuer auprès de la MDPH)

Pour une demande au titre de l'accueil familial :

- Copie du Contrat d'Accueil + Agrément de la famille d'accueil
- Relevé d'Identité Bancaire de l'intéressé

Pour une demande en EHPAD avant l'âge de 60 ans :

- Attestation C.P.A.M., récente, pour la prise en charge du forfait soins en Long Séjour ou demande de dérogation d'âge si votre section est : « EHPAD »
- Nom de votre caisse de couverture sociale : _____
- Justificatif précisant votre taux d'invalidité (au moins égal à 80 % ou dans l'impossibilité de se procurer un emploi)