



# DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE DES SOLIDARITÉS

Direction de l'autonomie et de la M.D.P.H

Dossier Numéro : \_\_\_\_\_

## Le bénéficiaire

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_



## Demande effectuée par

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

## DEMANDE D'AIDE SOCIALE AUX PERSONNES AGEES OU EN SITUATION DE HANDICAP

- Aide sollicitée :**
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Accueil de jour          | <input type="checkbox"/> Hébergement       |
| <input type="checkbox"/> SAVS                     | <input type="checkbox"/> Portage des repas |
| <input type="checkbox"/> Aide-ménagère            | <input type="checkbox"/> Accueil familial  |
| <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ |  |

**Prise en charge sollicitée à compter du :**    \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
(à compléter impérativement)

### Dispositions relatives à la loi du 06 Janvier 1978 modifiée en 2004

Les informations recueillies sont nécessaires pour l'instruction de votre demande. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux services de la Direction Générale Adjointe des Solidarités. En application de la loi 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 :

**Monsieur le Président du Conseil Départemental de Loir-et-Cher**  
**Direction Générale Adjointe des Solidarités**  
**Hôtel du département**  
**Place de la république**  
**41020 Blois CEDEX**

## IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

Madame

Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_

Nom d'épouse : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

A : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

## LIEUX DE RÉSIDENCE

**Lieu d'hébergement actuel :**

Depuis le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Domicile

Hébergement par un membre de la famille  
Précisez : \_\_\_\_\_

Foyer logement

Hébergement par particulier contre rémunération

EHPAD, précisez si public ou privé : \_\_\_\_\_

Nom de la structure d'hébergement : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_ \_\_ \_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**Domicile précédent :**

Du \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ au \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_ \_\_ \_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Propriétaire

Locataire

## PERSONNE DE RÉFÉRENCE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté / qualité : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_ \_\_ \_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**RESSOURCES DU FOYER <sup>(1)</sup>**

	<b>Demandeur</b>	<b>Conjoint</b>	<b>Autres</b>
<b>Salaire</b>			
<b>Retraites</b>			
<b>Pensions / rentes</b>			
<b>Allocation logement</b>			
<b>N° d'allocataire</b>			
<b>Allocations familiales</b>			
<b>Revenus fonciers (fermage ; loyer)</b>			
<b>Revenus des capitaux</b>			

(1) Pour chaque ressource, merci de préciser le montant en Euros suivi de la périodicité :  
M = Mensuel et A = annuel

**CHARGES DU FOYER <sup>(2)</sup>**

<b>Loyer principal</b>	
<b>Prêts d'accession à la propriété</b>	
<b>Fermages...</b>	
<b>Impôts sur le revenu</b>	
<b>Taxe d'habitation</b>	
<b>Taxes foncières</b>	
<b>Pension alimentaire versée</b>	
<b>Autres, précisez : _____</b>	

(2) Pour chaque ressource, merci de préciser le montant en Euros suivi de la périodicité :  
M = Mensuel et A = annuel

## SITUATION ÉCONOMIQUE

**Avez-vous un dossier de surendettement en cours ?**

Oui

Non

**Bénéficiez-vous d'une mutuelle complémentaire santé ?**

Oui

Non

Si Oui, précisez laquelle : \_\_\_\_\_

**Bénéficiez-vous d'une aide à la complémentaire santé ?**

Oui

Non

**Bénéficiez-vous d'une mesure de protection juridique ?**

Oui

Non

Si Oui, précisez laquelle :

Curatelle

Tutelle

Sauvegarde de justice

Coordonnées de l'association ou de la personne chargée de la mesure :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

## BIENS IMMOBILIERS

Nature

Adresse

Surface

Date d'acquisition

Revenu annuel

\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

## BIENS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DONATION OU TOUT AUTRE TRANSACTION

Adresse

Date de l'acte

Nom et adresse du notaire

Revenu annuel

\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurants sur le présent document et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées. Je certifie, en outre, avoir eu connaissance des conséquences de ma demande (notamment en matière de vente, donation, obligation alimentaire, etc.) ainsi que des poursuites qui pourraient s'exercer à mon encontre en cas de fausse déclaration.

**Signature<sup>(3)</sup> :**  Du représentant légal  Du demandeur

Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**(3) toute demande doit être signée du représentant lui-même, ou de son représentant légal. À défaut, la demande ne pourra pas être instruite.**

## RELEVÉ DES CAPITAUX DU FOYER (Déclaration sur l'honneur)

Je soussigné(e) :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Déclare sur l'honneur fournir tous les renseignements utiles concernant le montant des capitaux placés et produits d'épargne pour l'établissement d'un dossier de demande d'aide sociale.

Produits <sup>(4)</sup>	Capital	
	Monsieur	Madame
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Comptes courants</li><li>➤ Livret d'épargne<ul style="list-style-type: none"><li>- 1<sup>er</sup> livret</li><li>- 2<sup>ème</sup> livret</li><li>- Livret d'Épargne Populaire (L.E.P)</li></ul></li><li>➤ LDD (CODEVI)</li><li>➤ Livret ou compte épargne logement</li><li>➤ Bon d'épargne, bon de caisse, bon de capitalisation</li><li>➤ Plan d'Épargne Populaire (P.E.P)</li><li>➤ Titres<ul style="list-style-type: none"><li>- Obligations – Actions</li><li>- SICAV et Fonds Communs de Placement</li><li>- Société Civile de Placement Immobilier</li></ul></li><li>➤ Revenus soumis à prélèvement libératoire</li><li>➤ Bons anonymes</li></ul>		
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Épargne Assurance vie (Hors assurance dépendance)</li></ul>		
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Autres, précisez : _____</li></ul>		
<p>Fait à : _____</p> <p>Le : ____ / ____ / _____</p>	<b>Signature du demandeur ou de son représentant légal :</b>	



## LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES

### Pièces constitutives de la demande :

- La copie de la notification d'attribution ou de rejet d l'allocation logement ou de la demande de cette aide.
- La copie du livret de famille (toutes les pages, y compris celles des enfants) ou de la carte d'identité accompagnée de la situation matrimoniale du demandeur.
- La nature et le montant des ressources du foyer en joignant les justificatifs.
- Les relevés de comptes bancaires des trois derniers mois.
- La nature et le montant des charges relatives à l'habitation en joignant les justificatifs.
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition.
- La photocopie de la déclaration des revenus pré remplie-simplifiée.
- La photocopie du jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice.
- La note d'information, ci-joint, signée par l'intéressé ou son représentant légal.
- Le bulletin de situation ou l'attestation de présence dans l'établissement.
- Si hébergement en chambre seule : fournir un certificat médical.

### Pièces justificatives nécessaires à l'étude d'une éventuelle récupération des frais engagés par l'aide sociale (art. L.132-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles) :

- La nature, l'adresse et la valeur des biens immobiliers possédés.
- La nature et la valeur des biens ayants fait l'objet d'une donation, partage ou vente avec la photocopie intégrale des actes notariés.
- Un extrait cadastral des biens du demandeur.
- Le régime matrimonial du demandeur
- Nom et adresse du (es) notaire (s) en charge de la gestion patrimoniale du bénéficiaire à l'aide sociale

### **IMPORTANT :**

**Cette demande dûment remplie est à retourner à la mairie de votre lieu de résidence qui l'adresse au conseil départemental revêtue de l'avis du CIAS ou du CCAS.**

## A REMPLIR PAR LA MAIRIE DU LIEU D'HABITATION DU BÉNÉFICIAIRE

Date du dépôt de la demande :

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Procédure normale

Admission d'urgence ;



Si oui, document adressé au président du conseil départemental le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

### Avis du président du CCAS ou CIAS

- Favorable
- Mise en jeu de l'obligation alimentaire
- Défavorable
- Autre : .

### Observations (le cas échéant) :

---

---

---

---

---

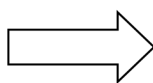
---

---

Le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature et cachet :

La mairie est priée de retourner le dossier signé à l'adresse suivante :



Conseil départemental de Loir-et-Cher  
DGAS - DA- M.D.P.H - Service gestion des droits PA / PH  
Hôtel du département - Place de la république  
41020 Blois Cedex

## A remplir par le conseil départemental de Loir et cher

### Propositions du service :

---

---

---

### Décision du président du conseil départemental :

Avis : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature :

Avis : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature :

Avis : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature :