



## A compléter par le CIAS, CCAS ou Mairie :

Date dépôt de la demande :

Cachet de la mairie :

Courriel du CCAS ou CIAS :

## A COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR :

Nom :

Prénom :

Adresse du domicile privé du demandeur :

Actuelle : si demande aide ménagère

Précédente : si entrée en établissement ou en famille d'accueil

Rue :

Lieu-dit :

Code postal :

Commune :

Le demandeur réside-t-il depuis + 3 mois à cette adresse ?

Oui

non

Si non, précisez l'adresse précédente :

## LA DEMANDE CONCERNE

### AIDE MÉNAGÈRE

Choix du Prestataire :

Courriel :

Date de prise en charge souhaitée :

### HÉBERGEMENT PERSONNES ÂGÉES (à préciser)

EHPAD :

USLD :

Résidence autonomie :

Accueil familial agréé :

Nom de l'établissement :

Courriel :

Date de prise en charge souhaitée :

### HÉBERGEMENT PERSONNES HANDICAPÉES (à préciser)

Foyer d'hébergement

Foyer de vie

Foyer d'accueil médicalisé

Service Accompagnement à la Vie Sociale

Accueil de jour

Accueil familial agréé

Autres :

Nom de l'établissement :

Courriel :

Date de prise en charge souhaitée :

# L'AIDE SOCIALE

## C'EST QUOI ?

L'aide sociale est destinée à faire face à un besoin pour des personnes dans l'impossibilité d'y pourvoir. Elle a un caractère subsidiaire et d'avance.

## À DOMICILE :

L'aide-ménagère est une prestation légale accordée, sous conditions de ressources, aux personnes ayant un besoin d'assistance pour les tâches quotidiennes, et dans l'impossibilité de bénéficier d'une aide de la part de son entourage (conjoint, enfant). Les interventions sont réalisées par des services prestataires d'aide à domicile autorisés et habilités à l'aide sociale par le Département du Gers.

le Département contribue aux frais d'aide ménagère.

Le bénéficiaire s'acquitte d'une participation horaire fixée par arrêté du Département.

## EN ÉTABLISSEMENT OU EN FAMILLE D'ACCUEIL :

**En Etablissement habilité aide sociale :** contribue au financement des frais d'hébergement.

**En famille d'accueil :** contribue au financement de la rétribution des accueillants familiaux titulaires d'un agrément délivré par le Département.

## POUR QUI ?

- ▶ disposer de ressources insuffisantes pour financer le besoin, à domicile, en établissement ou en famille d'accueil ;
- ▶ être âgé(e) de 65 ans et plus (ou de 60 ans en cas d'inaptitude au travail) ou de 20 ans et plus pour les personnes handicapées ;
- ▶ avoir la nationalité française ou disposer d'un titre de séjour en cours de validité pour les personnes d'origine étrangère ou présenter un titre d'identité en cours de validité pour les ressortissants de l'union européenne ;
- ▶ résider en France de manière stable et régulière ;
- ▶ avoir acquis le domicile de secours dans le Gers par une résidence habituelle de 3 mois ininterrompu dans une résidence privée.
- ▶ les séjours en établissement sanitaire ou social, en accueil chez un particulier agréé, en résidence autonomie ne sont pas acquisitifs de domicile de secours

## COMMENT ?

### Dans un délai d'1 mois suivant l'entrée en établissement,

- ▶ constituer un dossier de demande signé et accompagné des pièces justificatives requises
- ▶ déposer le dossier auprès du Centre intercommunal d'action sociale (CIAS, CCAS) ou à défaut auprès de la Mairie du lieu de résidence du demandeur.

### Dans le mois suivant le dépôt :

- ▶ Le CIAS, CCAS transmet le dossier au Président du Conseil départemental correspondant au lieu du domicile de secours du demandeur.

# CONSEQUENCES DE L'ADMISSION A L'AIDE SOCIALE ET CONSENTEMENT

**Les personnes sollicitant l'aide sociale s'engagent à prendre connaissance des dispositions suivantes**

## 1 – OBLIGATION ALIMENTAIRE

**(art. L 132-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles)**

L'attribution de certaines aides est subordonnée à la mise en œuvre de :

- ▶ L'obligation alimentaire (art 205 à 2011 du Code Civil), ascendants et descendants en ligne directe
- ▶ La contribution des époux aux charges du mariage (article 214 du Code civil)
- ▶ Les partenaires liés par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) sur le fondement de l'aide matérielle et d'une assistance réciproques qui existe entre eux (article 515-4 du Code civil)

La liste nominative des personnes tenues à l'obligation alimentaire (Nom- prénoms – date de naissance et lieu de naissance -adresse-coordonnées) doit figurer au dossier de demande. Chaque obligé alimentaire est tenu de compléter un dossier d'obligation alimentaire. A défaut, les services fiscaux seront saisis. Le Président du Conseil départemental est compétent pour fixer la contribution globale due par les obligés alimentaires.

## 2 – RECOURS

**(art L 132-8 et R 132-11 du CASF)**

Des recours sont exercés par le Département contre :

- ▶ Le bénéficiaire revenu à meilleure fortune :
- ▶ La succession du bénéficiaire :
  - Au 1er euro pour les dépenses avancées au titre de l'aide sociale à l'hébergement ;
  - Au-delà de 46 000 € pour les dépenses supérieures à 760 € au titre de l'aide ménagère,
  - Pour les personnes en situation d'handicap, la récupération sur succession ne s'exerce pas si les héritiers sont les parents, enfants, conjoint ou la personne ayant assumé la charge effective et constante de la personne handicapée.
- ▶ Le donataire, lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les 10 ans qui ont précédé cette demande ;
- ▶ Le légataire ;
- ▶ Le bénéficiaire du contrat d'assurance vie (primes versées après l'âge de 70 ans) ;
  - vente de bien immobilier du vivant du bénéficiaire (art. R 132-16 du CASF) : Le Département doit être informé de toute vente immobilière du vivant du bénéficiaire, pour étudier la main levée hypothécaire, en prévision du remboursement total ou partiel de la créance engagée par le département.
- ▶ Le recours est exercé dans la limite de la dépense engagée et de l'actif net successoral disponible.

## 3 – HYPOTHÈQUE

**(art L 132 – 9 du CASF)**

Les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'aide sociale sont grevés d'une hypothèque légale en garantie du recours sur succession, excepté pour l'aide ménagère.

## 4 – FRAUDE ET FAUSSE DÉCLARATION

Quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale encourt les peines prévues aux articles 313-2, 313-7 et 8 du Code pénal, en plus du reversement des sommes payées.

Je soussigné(e) : (NOM PRÉNOM)

RECONNAIS avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus ;

Fait à :

Porter mention «lu et approuvé»

Le :

Signature (demandeur ou représentant légal)

## LISTE DES PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE

IDENTITÉ	<input type="checkbox"/> Copie recto/verso de la carte d'identité ou passeport ou extrait de naissance	X	X	X
	<input type="checkbox"/> Copie intégrale du livret de famille	X	X	X
	<input type="checkbox"/> Copie de carte de résident ou de séjour en cours de validité	X	X	X
	<input type="checkbox"/> Attestation de droit à l'assurance maladie ou copie de la carte vitale	X	X	X
DOMICILE	<input type="checkbox"/> Attestation de domicile (tout document justifiant d'une résidence stable et ininterrompue de 3 mois)	X	X	X
JUSTIFICATIFS RESSOURCES DU FOYER	<input type="checkbox"/> Photocopie intégrale du dernier avis d'imposition sur le revenu	X	X	X
	<input type="checkbox"/> Justificatifs des ressources de toute nature (salaires, retraites, pensions, rentes, (dépendance, viagères, accident travail...) AAH, allocation logement, pension d'invalidité, loyers, fermage...)	X	X	X
	<input type="checkbox"/> Relevés des comptes courants (dans la totalité) des 3 derniers mois (l'actualisation de ces documents pourra être demandée)	X	X	X
CHARGES	<input type="checkbox"/> Taxe foncière	X	X	X
	<input type="checkbox"/> Mutuelle santé (échancier de l'année en cours)			X
	<input type="checkbox"/> Frais de tutelle (le cas échéant)			X
	<input type="checkbox"/> Responsabilité civile locative			X
PATRIMOINE	<input type="checkbox"/> Intérêts des différents comptes d'épargne au 31 décembre de l'année précédente	X	X	X
	<input type="checkbox"/> Attestation(s) bancaire(s) des placements (titres, actions, obligations, assurance-vie...)	X	X	X
	<input type="checkbox"/> Copie intégrale des contrats assurance-vie	X	X	X
	<input type="checkbox"/> Copie des actes de donation, vente, legs ou partage...	X	X	X
	<input type="checkbox"/> Extrait de matrice cadastrale (si propriétaire)	X	X	X
PROTECTION JUDICIAIRE	<input type="checkbox"/> Copie du dernier jugement de la mesure de protection en cours	X	X	X
HANDICAP	<input type="checkbox"/> Justificatif d'une inaptitude au travail pour le demandeur âgé de 60 à 65 ans	X	X	X
	<input type="checkbox"/> Justificatif d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu avant 65 ans et en cours de validité	X	X	X
	<input type="checkbox"/> Justificatif d'une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (MDPH)	X	X	X
	<input type="checkbox"/> Décision de la commission des droits à l'autonomie des personnes handicapées : orientation de la MDPH (sauf maison de retraite, EHPAD, USLD)		X	
ETABLISSEMENTS HORS GERS	<input type="checkbox"/> Arrêté du Conseil départemental avec les prix de journée (tarifs hébergement et dépendance)		X	
	<input type="checkbox"/> Code SIRET de l'établissement		X	
	<input type="checkbox"/> Relevé d'identité bancaire (RIB) de l'établissement		X	
OBLIGATION ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/> Imprimé à compléter avec justificatifs demandés		X	X
AUTRES	<input type="checkbox"/> Bulletin d'entrée en établissement (type de chambre et d'accueil)		X	
	<input type="checkbox"/> Certificat médical par le médecin traitant sur le nombre d'heures préconisées	X		
	<input type="checkbox"/> Contrat d'accueil familial			X
	<input type="checkbox"/> Arrêté d'agrément pour les accueillants familiaux hors Gers			X
	<input type="checkbox"/> Dernier relevé des contreparties financières			X
	<input type="checkbox"/> Relevé d'identité bancaire (RIB) du bénéficiaire			X

En l'absence de retour des pièces justificatives demandées dans un délai de quatre mois, le dossier de demande est clôturé et archivé.

IDENTITÉ - SITUATION	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
Nom de naissance		
Nom marital ou d'usage		
Prénom (s)		
Date et lieu de naissance		
N° de Sécurité Sociale		
N° de téléphone		
Nationalité (française, ressortissant union européenne, autres)		
Date d'arrivée en France pour les étrangers		
Situation de famille (marié e, divorcé e, veuf(ve), concubin e, pacsé e)		
Organismes de retraite principale		
N° matricule CAF ou MSA :		
Mutuelle santé (nom de l'organisme) Complémentaire santé solidaire ou ACS-CMU-C		

#### MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection :

Oui (joindre une copie du jugement intégral)  Non

Sauvegarde de justice  Tutelle  Curatelle

Habilitation familiale  Mandat de protection future

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure : .....

Tél : ..... @courriel : .....

#### COORDONNÉES DE LA PERSONNE QUI VOUS AIDE DANS VOS DÉMARCHES

M. Mme : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... @courriel : .....

## RÉSIDENCES SUCCESSIVES

DATE ARRIVÉE	DATE DE DÉPART	ADRESSES PRÉCÉDENTES (rue-commune)	Propriétaire/locataire/hébergé

Pour l'aide ménagère : vivez vous seul(e) ?                    oui    non\*

\*Si non avec qui ?.....

## RESSOURCES MENSUELLES ( dernier montant perçu ) ( joindre justificatifs )

## CHARGES MENSUELLES ( joindre justificatifs )

	Demandeur	Conjoint/concubin ou pacsés		Demandeur	Conjoint/concubin ou pacsés
<b>Salaires</b>			<b>Impôt sur le revenu</b>		
<b>Pensions et retraites</b>			<b>Taxe d'habitation</b>		
<b>Allocations diverses (AAH-MTP- pension d'invalidité)</b>			<b>Loyer</b>		
<b>Allocation logement</b>			<b>Taxe foncière</b>		
<b>Revenu foncier (revenu locatif)</b>			<b>Mutuelle</b>		
<b>Capitaux mobiliers</b>			<b>Assurance responsabilité civile</b>		
<b>Autres</b>			<b>Frais de tutelle</b>		

## CAPITAUX MOBILIERS (joindre les justificatifs)

## PATRIMOINE

	Demandeur	Conjoint/concubin ou pacsés	
<b>Comptes courants</b>			<input type="checkbox"/> Je ne suis propriétaire d'aucun bien immobilier <input type="checkbox"/> Je dispose de biens immobilier : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Usufruitier <input type="checkbox"/> Indivision Situé à : <b>(Joindre copie extrait matrice cadastrale)</b>  <input type="checkbox"/> J'ai consenti avant de faire ma présente demande d'aide sociale : <input type="checkbox"/> une vente par acte du : <input type="checkbox"/> une donation d'un bien immobilier par acte du : <input type="checkbox"/> un leg par acte du : <input type="checkbox"/> une donation en espèce par acte notarié ou déclaration fiscale du : <b>(Joindre copie de l'acte ou de la déclaration)</b>
<b>Livrets d'épargne</b>			
<b>Livret d'épargne popu- laire</b>			
<b>Valeurs mobilières (obligations - actions)</b>			
<b>Assurance vie *</b>			
<b>Autres</b>			

\* Joindre copie du contrat faisant apparaître la date de souscription

**MEMBRES DE LA FAMILLE TENUS A L'OBLIGATION ALIMENTAIRE**  
 ( enfants – gendres – belles-filles et parents. Art. 205 et suivants du Code Civil )

cadre réservé à  
Mairie / CIAS

Nom -Prénom	Date de naissance	Situation familiale	Lien de parenté	Téléphone	Adresse	Formulaire transmis le

## Déclaration sur l'honneur

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

Je m'engage à informer le Conseil départemental de toute modification de ma situation ainsi que celle des personnes vivant au foyer et à faciliter toute enquête.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du demandeur ou de son représentant légal

*[ Précédée de la mention « lu et approuvé » ]*

## Avis motivé du maire / DU CCAS ou CIAS

Les renseignements fournis ont fait l'objet d'une vérification par le centre communal d'action sociale (CCAS/CIAS/ Mairie) qui atteste le domicile de secours.

**Avis motivé :**

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Cachet et signature du Maire ou du Président du CCAS ou CIAS :



## ANNEXE 1 FICHE ETABLISSEMENT

1<sup>ère</sup> demande

Révision

Renouvellement

**à compléter obligatoirement par l'établissement et le demandeur sociale  
et à joindre au dossier de demande**

### LE DEMANDEUR :

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

- ▶ déclare ne pas pouvoir payer en totalité les frais d'hébergement à compter du .....
- ▶ demande le bénéfice de

Aide sociale personnes âgées

Aide sociale personnes handicapées

Dossier d'aide sociale transmis au CIAS / CCAS ou mairie :

Le :

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature

### L'ETABLISSEMENT :

A compléter avec la rédaction du formulaire « fiche établissement » ci-après

#### Dispositions informatique et libertés

Le traitement des informations recueillies sur ce formulaire est nécessaire à l'accompagnement et au suivi des personnes âgées en perte d'autonomie.

Les personnes accédant aux données sont les agents habilités au sein du département qui participent au traitement de la demande d'APA.

L'organisme gestionnaire de l'aide demandée peut également être amené à échanger des informations relatives à votre situation avec d'autres organismes, notamment l'administration fiscale, les collectivités territoriales et les organismes de recouvrement des cotisations sociales.

Les données sont conservées pour une durée maximale de 6 ans, à compter de la cessation des droits. Conformément au droit de la protection des données, vous disposez de droits sur vos données personnelles (droit d'accès, de rectification, d'opposition et à la limitation) que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données (DPO), de l'organisme gestionnaire de l'aide demandée, dont vous trouverez les coordonnées sur le site dudit organisme.

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL)

3 Place de Fontenoy TSA - 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

#### Dossier à retourner à l'adresse suivante :

Département du Gers

Direction des Politiques de l'Autonomie

Service Prestations Autonomie

81 route de Pessan - BP 20569 - 32022 AUCH Cedex 9

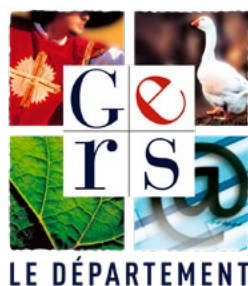


## L'ÉTABLISSEMENT

Date d'entrée dans l'établissement :	Nom de l'établissement : Adresse : CP :                      Commune :
Prix de la journée hebergement :	<b>SECTION D'ACCUEIL</b>  Ephad                                      Unité de soins longue durée Foyer logement :                      Autre :  <b>TYPE DE CHAMBRE</b>  Simple                                      Double Autre
Tarif ticket modérateur :	<b>ACCUEIL TEMPORAIRE</b>  Temporaire                                      Permanent
La demande de logement est elle déposée ?	Non      Oui      Date du dépôt :
Référent du dossier au sein de l'établissement :	Nom :                                      Prénom : Téléphone : Courriel :

Fiche transmise au Département du Gers le :

Visa et cachet de l'établissement



# AURORISATION DE TRANSMISSION DE DOCUMENTS PAR LA **MDPH DU GERS**

## Je soussigné.

Nom : Prénom :

Date de naissance :

N° dossier MDPH :

Adresse :

Le cas échéant, mon représentant légal :

Nom : Prénom :

Adresse :

## Agissant en qualité de :

Tuteur	Curateur	Mandataire spécial
Père	Mère	Autre, précisez

Autorise la MDPH du Gers à transmettre :

## **Au Conseil départemental du Gers - Service prestations autonomie**

mes notifications de droits :

Autres :

Tout autre document en sa possession, susceptible de faciliter mon accompagnement dans le cadre de l'instruction de la demande d'aide sociale(hébergement - aide ménagère)

Fait à : , le

Signature

## **Ce document est à retourner complété et signé à :**

Maison Départemental des Personnes Handicapés

12 rue Pelletier d'Oisy - 32000 Auch

✉ [mdph32@mdph32.fr](mailto:mdph32@mdph32.fr)

