

# VOTRE DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Date dépôt de la demande : .....

Cachet Mairie, CCAS, ou CIAS :

Adresse mail du CCAS, CIAS :  
.....



## A COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR :

Nom - Prénom : .....

Commune : .....

### LA DEMANDE CONCERNE

**AIDE MENAGERE**      Choix du Prestataire : .....

Adresse mail : .....

**HEBERGEMENT PERSONNES AGEES :**

( préciser : EHPAD – USLD – Résidence Autonomie – Accueil familial agréé )

Adresse mail : .....

**HEBERGEMENT PERSONNES HANDICAPEES :**

( préciser : foyer d'hébergement – foyer de vie – foyer d'accueil médicalisé – service d'accompagnement à la vie sociale – accueil de jour – accueil familial agréé – IME – IMPRO )

.....

Adresse mail : .....

1<sup>er</sup> demande

révision

renouvellement

## CONTACT

Département du Gers  
Direction des Politiques  
de l'Autonomie

Service Prestations  
Autonomie - Pôle Aide  
Sociale Générale  
tél. : 05.62.67.40.91

Service Accueil Familial  
tél. : 05.62.67.30.97

81 route de Pessan - BP20569  
32022 AUCH - CEDEX 9

# L'AIDE SOCIALE

## C'EST QUOI ?

L'aide a vocation à couvrir en partie ou en totalité la prise en charge des frais liés à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées adultes et personnes handicapés ne disposant pas de ressources suffisantes pour s'acquitter des frais.

## A DOMICILE :

L'aide-ménagère est une prestation légale en nature accordée, sous conditions d'handicap et de ressources, aux personnes ayant besoin d'une assistance pour les tâches quotidiennes, dans l'impossibilité de bénéficier d'une aide de la part de son entourage.

L'aide-ménagère doit être effectuée par des services prestataires d'aide à domicile autorisés conformément à la loi et ayant reçu l'habilitation du Président du Conseil départemental du Gers

## EN ÉTABLISSEMENT OU EN FAMILLE D'ACCUEIL :

L'aide sociale contribue au financement des frais d'hébergement dans les établissements habilités à l'aide sociale et au financement de la rétribution des accueillants familiaux titulaires d'un agrément délivré par les Conseils Départementaux ( pour info, l'agrément vaut habilitation à l'aide sociale).

Les principes de l'aide sociale :

- ◇ L'aide sociale est accordée, si le demandeur remplit certaines conditions d'attribution.
- ◇ L'aide sociale est subsidiaire : elle est accordée, lorsque les ressources du demandeur et celles de son conjoint et de ses obligés alimentaires sont insuffisantes pour financer le besoin d'aide.
- ◇ L'aide sociale est temporaire : elle est accordée pour une durée limitée dans le temps.
- ◇ L'aide à un caractère d'avance : les sommes versées par le Département peuvent être récupérables du vivant du bénéficiaire ou à son décès.

## POUR QUI ?

Pour bénéficier de l'aide sociale, le demandeur doit :

- ◇ avoir des ressources insuffisantes pour financer un besoin d'aide, 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 un titre de séjour en cours de validité pour les personnes d'origine étrangère ou un titre d'identité en cours de validité pour les ressortissants de l'Union Européenne
- ◇ résider en France de manière stable et régulière
- ◇ résider dans le Gers depuis au moins trois mois ininterrompus (domicile de secours)

## COMMENT ?

Pour bénéficier de l'aide sociale, le demandeur ou son représentant légal doit :

- ◇ Déposer auprès du centre communal (CCAS) ou intercommunal d'action sociale (CIAS), ou à défaut auprès de la mairie de résidence du domicile de secours du demandeur, qui se charge de recueillir les éléments constitutifs du dossier et de vérifier la complétude.
- ◇ La demande doit être signée et constituée des formulaires et des pièces justificatives demandées.
- ◇ Le CCAS ou le CIAS ou la Mairie dispose d'un délai d'un mois, à compter du dépôt du dossier, pour le transmettre au Président du Conseil Départemental.

# CONSEQUENCES DE L'ADMISSION A L'AIDE SOCIALE

**Les personnes sollicitant le bénéfice de l'aide sociale sont informées des dispositions**

**Conformément à la loi (article L 132.8 du Code de l'Action Sociale et des Familles), le Département peut réclamer une récupération des sommes versées :**

- ◇ Aux bénéficiaires de l'aide sociale revenus à meilleure fortune, ou après son décès, par récupération sur sa succession au 1<sup>er</sup> euros pour l'hébergement. Sur l'actif net successoral excédant 46 000 € pour l'aide ménagère.
- ◇ Pour les personnes handicapées, la récupération ne s'exerce pas à l'encontre du conjoint, ses enfants, ses parents, ou la personne qui a assumé de façon effective et constante la charge de la personne handicapée.
- ◇ Aux bénéficiaires 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.
- ◇ Aux personnes qui ont reçu d'un bénéficiaire de l'aide sociale une donation faite après sa demande d'aide sociale ou dans les 10 ans qui l'ont précédée.
- ◇ Aux personnes à qui le bénéficiaire ferait un legs. Un droit de recours s'effectue jusqu'à concurrence de la valeur des biens légués au jour de l'ouverture de la succession conformément à l'article R 132.11 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Conformément à l'article L 132.9 du Code de l'Action Sociale et des Familles, en garantie des recours indiqués ci-dessus, les immeubles appartenant au bénéficiaire de l'aide sociale peuvent faire l'objet d'une inscription d'**une hypothèque légale**.

En application des articles 205 et suivants du Code Civil, les **obligés alimentaires** peuvent être appelés à contribuer. De même, l'époux doit s'acquitter de sa contribution aux charges du mariage (article 212 et 214 du même code). Les gendres et belles-filles sont tenus à cette obligation, si des enfants sont issus du mariage jusqu'à ce que le lien qui les unit cesse (article 206). Ceux-ci ont la possibilité de saisir directement le juge aux affaires familiales pour la détermination de leur participation.

**Fraudes ou fausses déclarations :** Quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 318-8 du code pénal, en plus du reversement des sommes payées.

**Changement dans la situation du bénéficiaire :** Tout changement de la situation financière ou familiale du demandeur doit être signalé, dans les meilleurs délais, à la Direction Politiques Autonomie.

Je soussigné(e) (NOM et Prénom) .....

Reconnais avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus et autorise les organismes concernés à communiquer tous renseignements susceptibles d'accélérer l'instruction du dossier.

Fait à ....., le .....

**Porter mention « Lu et approuvé »**

Signature ( demandeur ou représentant légal )

		Aide Ménagère	Hébergement	Accueil Familial
<b>LISTE DES PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE</b>				
<b>IDENTITE</b>	<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
<b>DOMICILE</b>	<input type="checkbox"/> Attestation de domicile (tout document justifiant d'une résidence stable et ininterrompue de 3 mois)	X	X	X
<b>JUSTIFICATIFS RESSOURCES DU FOYER</b>	<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
<b>CHARGES</b>	<input type="checkbox"/> Taxe foncière	X	X	X
	<input type="checkbox"/> Mutuelle santé (échancier de l'année en cours)	X	X	X
	<input type="checkbox"/> Frais de tutelle (le cas échéant)	X	X	X
	<input type="checkbox"/> Responsabilité civile locative			X
<b>PATRIMOINE</b>	<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
<b>PROTECTION JUDICIAIRE</b>	<input type="checkbox"/> Copie du dernier jugement de la mesure de protection en cours	X	X	X
<b>HANDICAP</b>	<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	
<b>ETABLISSEMENTS HORS GERS</b>	<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	
<b>OBLIGATION ALIMENTAIRE</b>	<input type="checkbox"/> Imprimé à compléter avec justificatifs demandés		X	X
<b>AUTRES</b>	<input type="checkbox"/> Bulletin d'entrée en établissement (type de chambre et d'accueil)		X	
	<input type="checkbox"/> Grille d'évaluation complétée par le médecin traitant précisant le nombre d'heures nécessaires	X		
	<input type="checkbox"/> Contrat d'accueil familial			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		
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) ou Complémentaire santé solidaire (CSS)		
Contrat dépendance		

### 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 : ..... @mail : .....

### COORDONNEES DE LA PERSONNE QUI VOUS AIDE DANS VOS DEMARCHES

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

Adresse : .....

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

Téléphone : ..... @mail : .....

## RESIDENCES SUCCESSIVES

DATE ARRIVEE	DATE DE DEPART	ADRESSES PRECEDENTES (rue-commune)	Propriétaire/ locataire/hébergé

RESSOURCES MENSUELLES ( dernier montant perçu )  
( joindre justificatifs )

	RESSOURCES MENSUELLES ( dernier montant perçu ) ( joindre justificatifs )		CHARGES MENSUELLES ( joindre justificatifs )	
	demandeur	Conjoint/concubin ou pacsés	demandeur	Conjoint/concubin ou pacsés
Salaires			Impôt sur le revenu	
Pensions et retraites			Taxe d'habitation	
Allocations diverses (AAH-MTP- pension d'invalidité)			Loyer	
Allocation logement			Taxe foncière	
Revenu foncier (revenu locatif)			Mutuelle	
Capitaux mobiliers			Assurance responsabilité civile	
Autres			Frais de tutelle	

## CAPITAUX MOBILIERS (joindre les justificatifs)

## PATRIMOINE

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

\* 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 connaissance 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 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 :

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE**

**Dispositions « Informatique et Libertés »**

Les données à caractère personnel recueillies pour l'instruction des demandes d'aide sociale sont nécessaires et font l'objet d'un traitement informatique par le Département du Gers. Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les services départementaux et les organismes habilités à l'instruction des dossiers, au vu de leurs missions spécifiques. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, ainsi que d'un droit d'opposition à leur traitement pour motif légitime. Vous pouvez exercer ce droit en adressant un courrier à :

**Monsieur le Président**  
**du Conseil Départemental du Gers**  
**Direction des Politiques Autonomie**  
**81 route de Pessan,**  
**BP 20569**  
**32022 Auch Cedex 9**

# AUTORISATION DE TRANSMISSION de DOCUMENTS par la MDPH DU GERS

Je soussigné(e),

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



**DÉPARTEMENT DU GERS**  
DGA - Solidarité  
Direction des Politiques de l'Autonomie

