

DEMANDE D'AIDE SOCIALE

- PERSONNES ÂGÉES PERSONNES HANDICAPÉES
- AIDE SOLLICITÉE (À préciser S.V.P) _____

A PERSONNE POUR LAQUELLE L'AIDE EST DEMANDÉE

M.
MME.

NOM D'USAGE PRÉNOM

NOM PATRONYMIQUE NATIONALITÉ : _____ SITUATION DE FAMILLE : _____

PROFESSION : _____ NOMBRE D'ENFANTS : _____

L'INTÉRESSÉ(E) HABITE-T-IL(ELLE) DEPUIS PLUS DE TROIS MOIS DANS LE DÉPARTEMENT ? : _____

ADRESSE

ADRESSE

ADRESSE (suite)

Code postal COMMUNE

TÉLÉPHONE _____

ADRESSE COURRIEL

B RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

ASSURÉ _____

NOM (Nom Patronymique) PRÉNOM PARENTÉ : _____
avec le bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____ Régime _____

CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____

ORGANISME DE PRESTATIONS FAMILIALES : _____ Numéro d'affiliation _____

ASSURANCES DIVERSES MUTUELLES : _____

> Question subsidiaire :
AVEZ-VOUS SOUSCRIT UN CONTRAT OBSEQUES : OUI NON

C AIDES DÉJÀ ACCORDÉES

Par tout organisme	Date

AIDES SOLLICITÉES

Date d'effet

D PLACEMENT - HOSPITALISATION

Établissement : _____ Date d'entrée : _____ Date de sortie : _____

E MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

- Sauvegarde de Justice Tutelle Curatelle Mandat de protection future
 Habilitation Familiale Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP) Mesure d'Accompagnement Judiciaire (MAJ)

Nom de l'organisme mandataire judiciaire

à la protection des majeurs :

Nom du mandataire judiciaire chargé de la mesure :

OU

Nom du représentant individuel chargé de la mesure :

Adresse :

Tél. : Fax : Adresse Courriel :

F PERSONNE REFERENTE (A CONTACTER SI BESOIN)

M.

Mme

NOM

PRÉNOM

ADRESSE COURRIEL :

PARENTÉ avec le bénéficiaire :

TÉL :

G OBSERVATIONS PARTICULIERES

Etablir un nouveau dossier familial :

- en cas de changement de situation
- en cas de nouvelle demande ou de révision si le dossier initial a été constitué depuis plus de 2 ans

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.

Toute demande non signée
n'est pas recevable

A _____, le _____

*Signature obligatoire du demandeur
ou de son représentant légal :*

H ADMISSION D'URGENCE

Date de l'admission
Décision du Maire

Établissement hospitalier
Date de la notification

I AVIS MOTIVÉ SUR LES AVANTAGES SOLLICITÉS (CCAS ou CIAS)

Fait le, _____ à _____

Signature du Président du CCAS ou CIAS

J AVIS MOTIVÉ (zone réservée aux services du Département)

Avis du médecin coordonnateur,

Date :

Signature du médecin