



→ INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

**Dispositions générales**

*Le non-respect des règles applicables aux prestations d'aide sociale relevant du département par les bénéficiaires et les institutions intéressées, peut être sanctionné par la suspension, la récupération, la réduction ou le refus de paiement des prestations d'aide sociale. En cas de fraude ou de fausse déclaration, toute personne qui perçoit ou tente de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale commet un délit qualifié d'escroquerie. Elle encourt les peines prévues au code pénal.*

**Dispositions relatives au droit de communication**

*En application de l'article L. 133-3 du code de l'action sociale et des familles, le Département se réserve le droit de demander aux services fiscaux la communication des informations nécessaires à l'instruction des ressources déclarées pour les demandes tendant à l'admission d'une quelconque aide sociale ou à la radiation éventuelle d'un bénéficiaire de l'aide sociale. Les dispositions du présent article sont applicables aux organismes de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole, sauf en ce qui concerne les renseignements d'ordre médical.*

**Dispositions relatives à la loi du 6 janvier 1978**

*Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositifs de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.*

*Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :*

- *Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier ;*
- *Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement ;*
- *En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Conseil départemental.*

## DOSSIER FAMILIAL D'AIDE SOCIALE

PERSONNES ÂGÉES

PERSONNES HANDICAPÉES

**NOM :** .....

**PRÉNOM :** .....

**COMMUNE :** .....

**CANTON :** .....

**Dossier transmis par :**

(Cachet du CCAS ou CIAS)

**Date d'arrivée au département**

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

**DEPARTEMENT DE VAUCLUSE**

**Pôle Solidarités**

**Direction des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées**

**Service Prestations**

**CS 60517 - 84908 AVIGNON Cedex 9 - Tél. : 04 90 16 15 00**

N° de dossier :

Date d'ouverture :

LE DEMANDEUR		SON CONJOINT, CONCUBIN, PARTENAIRE PACSÉ	
NOM			
PRENOM			
Date et lieu de naissance			
Nationalité			
Situation de famille			
Profession ou activité			
N° de Sécurité Sociale			
N° allocataire	<input type="checkbox"/> CAF n° ..... <input type="checkbox"/> MSA n° .....	<input type="checkbox"/> CAF n° ..... <input type="checkbox"/> MSA n° .....	
Nom, adresse de l'employeur			

Coordonnées du représentant légal	NOM .....	Tél. ....	NOM .....	Tél. ....
	Prénom .....	Adresse .....	Prénom .....	Adresse .....

**ADRESSE ACTUELLE (au jour de la demande même en cas d'hébergement)**

Date d'arrivée	N° et voie	Commune	Code postal et bureau distributeur

N° de téléphone :

Adresse courriel :

**ÊTES VOUS :** Propriétaire Locataire Logé chez un particulier à titre onéreux Logé chez un particulier à titre gracieux Hébergé dans un établissement**ADRESSES PRECEDENTES (Hors Etablissement)**

Date d'arrivée	Date départ	N° et voie	Commune	Département

**DATE D'ARRIVEE EN FRANCE POUR LES ÉTRANGERS :** .....**PERSONNES À CHARGE**

NOM - PRENOM	ANNÉE DE NAISS.	PARENTÉ AVEC LE DEMANDEUR	MONTANT IMPOSITION			
			Impôts sur le revenu	Taxe d'habitation	Taxes Foncières	Taxe professionnelle
le demandeur						

**RESSOURCES DU FOYER**

Compléter le document relatif aux ressources mensuelles du foyer

**CHARGES MENSUELLES**

Loyer et charges relatifs à l'habitation : .....

Obligations alimentaires : .....

Autres charges : .....

● 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.

● J'autorise le Département à communiquer les éléments contenus dans ce dossier à l'établissement d'hébergement.

Toute demande non signée n'est pas recevable.

A ....., le .....  
Signature obligatoire du demandeur ou de son représentant légal:

Le demandeur (Nom et prénom) : .....

**MEMBRES DE LA FAMILLE TENUS À LA DETTE ALIMENTAIRE**

NOM - PRENOM Conjoint - Père - Mère - Enfant - Petit enfant Gendre - Belle fille - Partenaire pacsé	DATE DE NAISS.	LIEU DE NAISS.	LIEN	PROFESSION	ADRESSE PRECISE

**PATRIMOINE DU FOYER****A - BIENS IMMOBILIERS**

	Bâti(s)	Non Bâti(s)
Adresse :		
Nature :		
Surface :		
Valeur estimée :		

**B - BIENS MOBILIERS ÉPARGNE (Imprimé à compléter)****C - AVEZ-VOUS DES BIENS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE VENTE ET/OU D'UN PARTAGE ?** Oui  Non**AVEZ-VOUS FAIT DONATION D'UN OU DE PLUSIEURS BIENS ?** Oui  Non dans les 10 ans précédant la demande au-delà de 10 ans et avec contrepartie**EXPLOITATION**

RAISON SOCIALE ET ADRESSE :

		n° SIREN	SUPERFICIE	CHIFFRE D'AFFAIRES ANNUEL	VALEUR ESTIMÉE DU FONDS	MONTANT DU LOYER
Commerçants et artisans	Propriétaire					
	Locataire					
	Fermier					
Exploitants agricoles	Metayer					
	Gérant					

Le Maire (ou le Président) soussigné certifie que les renseignements fournis ont fait l'objet d'une vérification par le Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale. Il atteste qu'à sa connaissance le demandeur ne possède aucune autre source de revenu.

A ....., le .....  
Signature du Maire ou du Président Cachet :