

**MENTIONS LEGALES**

**Aide sociale (AS) à domicile ou en établissement
mentionnée à l'article L. 113-1 du Code de l'action sociale et des familles**

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et de contrôler le droit. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Code de l'action sociale et des familles (CASF)
- Règlement départemental d'aide sociale
- Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel
- Acte réglementaire unique RU-063 de la CNIL

Les données enregistrées sont celles des formulaires liées à la demande d'AS, ainsi que les informations librement fournies par l'usager lors de l'évaluation à domicile par le professionnel médico-social. Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée. L'ensemble des données est obligatoire, tout défaut de réponse entraînera l'impossibilité de traiter votre dossier.

Les données et catégories de données sont celles énumérées à l'article R. 232-41 du CASF. L'article R. 232-44 du CASF liste les catégories de personnes pouvant accéder aux données pour la gestion des aides. Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir, en fonction de leurs missions :

- Les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS)/(CIAS)
- Les organismes de retraite
- Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC)
- Le cas échéant, le médecin traitant, sous réserve du consentement de la personne
- L'ensemble des destinataires prévus à l'article R 232-45 du code de l'action sociale et des familles
- L'ensemble des professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux prenant en charge les bénéficiaires

Les décisions sont notifiées à la personne ayant formulé la demande d'aide.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et à l'article Art. R. 232-46 du code de l'action sociale et des familles.

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée en 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent- Vous pouvez également définir le sort de vos données après votre décès, en vous adressant, par voie postale, au Délégué à la Protection des Données, Hôtel du département, Place Viala, 84 909 AVIGNON Cedex 9.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative.

Depuis l'entrée en vigueur, le 25 mai 2018, du Règlement Européen sur la Protection des Données (Règlement (UE) 2016/679), tout usager a le droit de :

- S'opposer au profilage
- Demander la limitation du traitement
- Introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (CNIL : 3 Place de Fontenoy, TSA 80715-75334 PARIS Cedex 07- Tel : 01 53 73 22 22. www.cnil.fr)

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. Prénom Adresse	NOM Tél. 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	CHARGES MENSUELLES
Compléter le document relatif aux ressources mensuelles du foyer	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 ESTIMEE 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 :