

# 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      \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE (Jour Mois Année)      SEXE Masculin  Féminin

\_\_\_\_\_ 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 OBSÈQUES :  OUI  NON

## C AIDES DÉJÀ ACCORDÉES

AIDES DÉJÀ ACCORDÉES		AIDES SOLLICITÉES	
Par tout organisme	Date		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*