

Direction personnes âgées
et personnes handicapées
Service Aide sociale
9 place du Général de Gaulle
CS 42371
22023 SAINT-BRIEUC CEDEX 1



Demande d'encaissement des ressources

Nom de l'établissement
Adresse
Code Postal Commune N° Finess

Encaissement des ressources par procuration au comptable

Articles L.132-3, R.132-5, R.132-6, R.344-29 et R.344-31 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Je soussigné,
Nom marital Prénom
Nom de naissance Date de naissance
Adresse avant l'entrée dans l'établissement
Code postal Commune

demande à ce que l'ensemble de mes revenus, y compris l'aide au logement, soit perçu directement par le comptable de l'établissement public ou le responsable de l'établissement de statut privé.

À cet effet, je m'engage à lui remettre toutes les informations nécessaires et à lui donner tous les pouvoirs nécessaires à l'encaissement desdits revenus, sous réserve de la restitution de la portion non affectée au remboursement des frais.

Chaque mois, je pourrai obtenir un état détaillé des sommes encaissées pour mon compte et de leur ventilation entre la part affectée au remboursement de mes frais et la part remise à ma libre disposition.

Ce décompte devra être opéré en application du Code de l'Action Sociale et des Familles et du Règlement Départemental d'Aide Sociale, conformément à la décision d'admission et en fonction de mon nombre de jours de présence dans l'établissement durant la période concernée.

Encaissement des ressources d'un bénéficiaire défaillant

Articles L.132-4, R.132-5 et R.132-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Je soussigné, Madame/Monsieur
Directeur de l'établissement
demande à Monsieur le Président du Conseil départemental d'autoriser le comptable de l'établissement à percevoir directement tous les revenus de :
Nom marital Prénom
Nom de naissance Date de naissance
Adresse avant l'entrée dans l'établissement
Code postal Commune

Cette demande est formulée en application des articles susvisés, la défaillance de paiement par l'intéressé étant intervenue dans les conditions suivantes :

Je demande au comptable de l'établissement de reverser :

- au Département des Côtes d'Armor, la part affectée au remboursement des frais,
- au bénéficiaire, la portion laissée à sa libre disposition.

Un état détaillé sera remis chaque trimestre au bénéficiaire et au Département des Côtes d'Armor, le décompte étant effectué conformément à la décision d'admission et en fonction du nombre de jours de présence du pensionnaire dans l'établissement durant la période concernée.

La présente demande prend effet à compter du jusqu'à l'échéance de la décision d'aide sociale et au maximum pour une durée de 2 ans en cas d'accord tacite et de 4 ans en cas d'accord express du Président du Conseil départemental, sauf renoncement de ma part au bénéfice de l'aide sociale. **À l'expiration de ce délai, la demande de perception est à renouveler.**

**Avis et cachet du responsable
de l'établissement**

Le
Signature

Fait à

Le
Signature du bénéficiaire
ou de son représentant légal

Décision du Président du Conseil départemental

Autorise le comptable ou le responsable de l'établissement à percevoir les revenus du bénéficiaire de l'aide sociale.

Du au

Pour le Président du Conseil départemental
et par délégation, la Cheffe de service
Anne REBOUX

À adresser en 4 exemplaires dont :

- un pour l'intéressé ou le représentant légal
- un pour le percepteur ou directeur de l'établissement
- un pour la CAF ou la MSA
- un pour le service Aide sociale de la DPAPH