

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



# Personne en situation de handicap

## Demande de prise en charge en foyer d'hébergement, en internat

(FOA, FAM, Foyer ESAT, IME Creton)

- Première demande
- Renouvellement
- Changement d'établissement

**Ce document n'a pas de valeur juridique.** Seul le dossier d'aide sociale qui doit être déposé en mairie au domicile de secours du demandeur conditionne la date de début de l'aide sociale si le dossier est déposé dans les 2 mois qui suivent l'entrée en établissement.

### Renseignements

<p><b>Nom de l'établissement</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>N° FINESS : .....</p> <p><b>Tarification journalière :</b> ..... €/J</p> <p><b>Dates</b></p> <p>Date d'orientation CDAPH* .....</p> <p>Entrée dans l'établissement .....</p> <p>Demande de prise en charge .....</p> <p>Sortie de l'établissement .....</p> <p>Changement d'établissement .....</p> <p><b>Type de prise en charge</b></p> <p><input type="checkbox"/> IME Creton (Internat)    <input type="checkbox"/> FOA (Internat)</p> <p><input type="checkbox"/> FAM (Internat)        <input type="checkbox"/> Foyer annexé ESAT</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : .....</p> <p>.....</p> <p><b>Ressources et allocations*</b></p> <p>AAH : <input type="checkbox"/> rejetée      <input type="checkbox"/> en instance      <input type="checkbox"/> acceptée</p> <p style="padding-left: 150px;">Montant : ..... €</p> <p>Pension d'invalidité :              <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p style="padding-left: 150px;">Montant : ..... €</p> <p>Allocation logement APL ou ALS :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> En cours              <input type="checkbox"/> Non</p> <p style="padding-left: 150px;">Montant : ..... €</p> <p>Autres ressources par mois (à préciser)</p> <p>.....Montant : ..... €</p> <p>.....Montant : ..... €</p> <p>ACTP, PCH, ou MTP/PC RTP    <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><b>Personne pour laquelle l'aide est sollicitée</b></p> <p><input type="checkbox"/> M.                      <input type="checkbox"/> M<sup>me</sup></p> <p>Nom : ..... née .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>Adresse .....</p> <p>.....</p> <p>Domicile de secours ou dernière adresse connue : (avant l'entrée en établissement)</p> <p>.....</p> <p>Caisse de Sécurité Sociale .....</p> <p>N° .....</p> <p><b>Mesure de protection</b> (joindre une copie)</p> <p><input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> En cours              <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Coordonnées de la <input type="checkbox"/> tutelle ou <input type="checkbox"/> curatelle :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Je soussigné</b> ..... <b>déclare</b> demander le bénéfice de l'Aide sociale aux personnes en situation de handicap</p> <p><input type="checkbox"/> me concernant .....</p> <p><input type="checkbox"/> concernant</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> M.                      <input type="checkbox"/> M<sup>me</sup> .....</p> <p>Demande effectuée le .....</p> <p>à : .....</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Signature et cachet du chef d'établissement</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Signature du demandeur ou de son représentant légal</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">Demande reçue à la DPAPH, le .....</p>	Signature et cachet du chef d'établissement	Signature du demandeur ou de son représentant légal
Signature et cachet du chef d'établissement	Signature du demandeur ou de son représentant légal		
<p>* Joindre copie de la décision CDAPH (MDPH)</p>			