

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



Personnes âgées

Demande de prise en charge

Hébergement temporaire

Première demande

Renouvellement

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>Nom et adresse de l'établissement</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>N° FINESS :</p> <p>Tarification journalière : €/ J (talon dépendance inclus)</p>	<p>Personne pour laquelle l'aide est sollicitée</p> <p><input type="checkbox"/> Marié-e <input type="checkbox"/> Pacsé-e <input type="checkbox"/> Veuf-ve <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé-e <input type="checkbox"/> Séparé-e</p> <p><input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M^{me}</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>.....</p>		
<p>Dates</p> <p><input type="checkbox"/> Accueil temporaire</p> <p>du (date début de séjour) :</p> <p>au (date fin de séjour) :</p>	<p>Caisse de Sécurité Sociale :</p> <p>N° :</p> <p>Mesure de protection (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 <input type="checkbox"/> curatelle</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>Ressources (Retraites et pensions par mois)</p> <p>..... Montant :€</p> <p>..... Montant :€</p> <p>..... Montant :€</p> <p>Autres ressources par mois (à préciser)</p> <p>..... Montant :€</p> <p>..... Montant :€</p>	<p>Je soussigné.e déclare demander le bénéfice de l'Aide sociale aux personnes âgées</p> <p><input type="checkbox"/> me concernant.....</p> <p><input type="checkbox"/> concernant <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M^{me}</p> <p>Demande effectuée le à :</p> <table border="1" data-bbox="815 1861 1503 2063"> <tr> <td>Signature et cachet de l'établissement</td> <td>Signature du demandeur ou de son représentant légal</td> </tr> </table> <p>Demande reçue à la DPAPH, le</p>	Signature et cachet de l'établissement	Signature du demandeur ou de son représentant légal
Signature et cachet de l'établissement	Signature du demandeur ou de son représentant légal		