

DOSSIER DPAPH N°

Date de réception du dossier complet : / /

Département des Côtes d'Armor

**Dossier
d'Aide Sociale**

À compléter par la mairie ou le CCAS/CIAS

Accusé réception de la demande
Le ... / ... /

Cachet de la mairie et signature du Président

Personne âgée (PA) Personne handicapée (PH)
 Gir 1-2 Gir 3-4

Première demande Renouvellement

Ce dossier devra être obligatoirement déposé complet auprès de la mairie du lieu de votre domicile. L'éventuelle prise en charge dépendra de la date de dépôt du dossier. La mairie dispose d'**un délai d'un mois** à compter du dépôt de votre demande pour transmettre le dossier au Président du Département des Côtes d'Armor.

Commune

Aide sollicitée

Hébergement personnes âgées Hébergement personnes handicapées
 Allocation légale d'accueil familial Allocation repas en résidence autonomie non habilitée
Nom et adresse de l'établissement ou de la famille d'accueil Date d'entrée / /

Services ménagers, nom du service d'aide à domicile habilité à l'aide sociale

1 - ÉTAT CIVIL

CONCERNANT LE DEMANDEUR

Nom marital
Nom de naissance
Prénom(s)
Date de naissance / /

Lieu de naissance
N° de téléphone
N° de Sécurité sociale
N° CAF ou MSA
Nationalité : Française
 Étrangère (préciser) :
Date d'arrivée en France ... / ... /

Situation de famille :
 célibataire marié-e veuf-ve pacsé-e
 divorcé-e séparé-e concubin-e
Êtes-vous : propriétaire locataire
Adresse du domicile actuel
Code postal Commune
Date d'arrivée / /

CONCERNANT SON CONJOINT OU CONCUBIN OU PACSÉ

Nom marital
Nom de naissance
Prénom(s)
Date de naissance / /

Lieu de naissance
N° de téléphone
N° de Sécurité sociale
N° CAF ou MSA
Nationalité : Française
 Étrangère (préciser) :
Date d'arrivée en France ... / ... /

activité :
 retraité-e depuis le : / /

Adresse du domicile actuel
Code postal Commune
Tél.
Courriel @

Mentionner le cas échéant l'existence d'une mesure de protection juridique (joindre la copie de la décision de justice) :
 tutelle curatelle curatelle renforcée sauvegarde de justice habilitation familiale

Coordonnées du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :
Organisme
Nom et prénom du délégué mandataire
Adresse
Tél. Courriel @

RÉFÉRENT ADMINISTRATIF

Nom Prénom
Adresse
Tél. Courriel @

2 - RÉSIDENCES SUCCESSIVES

DATE D'ARRIVÉE	DATE DE DÉPART	ADRESSES PRÉCÉDENTES (rue et commune)

3 - RESSOURCES DU FOYER (salaires, pensions, retraite, rentes, accident de travail, rente dépendance, APL)

Indiquez le dernier montant mensuel perçu (Attention aux revenus trimestriels, les chiffres à reporter doivent être mensuels).

Joindre les justificatifs.

Bénéficiaire des ressources	Nature (Salaire, retraite, pension...)	versées par (nom de l'organisme)	Période de référence	Montant
				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€

- Avez-vous souscrit un contrat dépendance auprès d'un organisme d'assurance ? Oui Non

- Percevez-vous actuellement cette rente ? Oui, montant mensuel : € Non

- Percevez-vous une rente viagère ? Oui, montant mensuel : € Non

- Avez-vous souscrit un contrat obsèques ? Oui Non

4 - CHARGES DU FOYER (JOINDRE LES JUSTIFICATIFS)

NATURE DES CHARGES	MONTANT MENSUEL DES CHARGES DU DEMANDEUR	MONTANT MENSUEL DES CHARGES DU CONJOINT, CONCUBIN OU PARTENAIRE DE PACS
Loyer / Prêt à l'accession à la propriété	Charge non prise en compte	
Pensions alimentaires / Prestations compensatoires versées		
Complémentaire santé (mutuelle)		Charge non prise en compte
Frais de tutelle		
Impôt sur le revenu		
Taxe d'habitation de l'habitation principale		

5 - BIENS IMMOBILIERS (Y COMPRIS REVENUS DE LOCATION D'IMMEUBLES OU TERRES)

Possédez vous des biens immobiliers ? Non Oui (remplir le cadre ci-dessous et joindre les matrices cadastrales)

Si oui : en usufruit en propre en indivision (à renseigner pour chaque bien)

Propriétaire des biens	Nature des biens	Surface	Adresse précise	Valeur locative	Montant annuel des loyers ou fermage
					€
					€
					€
					€

6 - CAPITAUX DU FOYER

Disposez-vous de capitaux placés ? Non Oui (remplir le cadre ci-dessous et joindre le relevé de capitaux placés)

Comptes bancaires (y compris les comptes joints) ? Oui Non (si non, joindre une attestation sur l'honneur)

Titulaire du compte	Nature du placement	Organisme bancaire (nom et adresse)	Intérêts annuels	Montant du capital

7 - DONATION (y compris don manuel), VENTE, ASSURANCE-VIE

Joindre les copies intégrales des actes de donation, partage ou vente, attestation du donataire ou du donateur en cas de don manuel

Avez-vous fait une/des donations de biens ? Non Oui (remplir le cadre ci-dessous et joindre les actes notariés)

Avez-vous fait un/des dons manuels ? Non Oui (joindre tout justificatif)

Avez-vous vendu des biens ? Non Oui (remplir le cadre ci-dessous et joindre les matrices cadastrales)

Nom du notaire	Indiquer si c'est une donation, une vente	Nature des biens	Nom, adresse des bénéficiaires	Date de l'opération	Valeur déclarée

Avez-vous souscrit des contrats d'assurance-vie ? Oui Non

Si oui, joindre la copie intégrale du contrat et indiquer le nom et l'adresse des bénéficiaires :

.....

.....

.....

8 - MEMBRES DE LA FAMILLE (enfants, gendres et belles-filles)

Nom (usuel)	Prénom	Date de naissance	Adresse précise actuelle	Lien de parenté avec le demandeur

9 - AVANTAGES DÉJÀ ACCORDÉS

- Majoration Tierce Personne (pension d'invalidité 3^e catégorie)
- Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PCRTP)
- Prestation de Compensation du Handicap (PCH)
- Rente viagère souscrite contre le risque de perte d'autonomie
- Services ménagers pris en charge par une caisse de retraite
- Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
- Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)

Qui peut prétendre à l'aide sociale du département ?

• Elle est ouverte aux personnes âgées :

- de 65 ans ou plus
- de plus de 60 ans lorsqu'elles sont reconnues inaptes au travail par la médecine du travail (pension d'invalidité de 2^e catégorie).

• Aux personnes handicapées

dont l'incapacité permanente est supérieure ou égale à 80 %, ou qui sont, compte tenu de leur handicap, dans l'impossibilité de se procurer un emploi.

• Qui n'ont pas de ressources suffisantes

pour faire face à leurs besoins.

• Et qui résident en France

sous réserve des dispositions des articles L.111-2 et L.111-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Où déposer votre dossier de demande ?

• Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale (CCAS ou CIAS)

ou à défaut à la mairie de votre résidence. Pour les personnes en établissement et en famille d'accueil, il s'agit du CCAS ou de la mairie de votre domicile avant votre entrée en établissement ou en famille d'accueil.

Attention : la mairie dispose d'un délai d'1 mois à compter du dépôt de votre demande pour transmettre le dossier au Président du Conseil Départemental des Côtes d'Armor.

À savoir

• Dans le cas d'une première demande d'aide sociale à l'hébergement

pour que la prise en charge au titre de l'aide sociale débute le jour de la date d'entrée dans l'établissement, la demande doit être formulée dans les 2 mois qui suivent ce jour. La demande est réputée avoir été déposée le jour où elle est adressée au CCAS de votre domicile (Art. R. 131-2 CASF).

• Toutes les décisions de services ménagers

prennent effet au 1^{er} jour du mois suivant la date à laquelle les demandes sont présentées.

Démarches à effectuer dès l'entrée en établissement

Dès l'entrée en établissement, il vous appartient de demander :

- l'aide au logement auprès de la CAF ou de la MSA.
- l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA) auprès de votre caisse de retraite principale si vos ressources sont inférieures au plafond légal.
- l'ASPA doit également être demandée pour votre conjoint resté au domicile, dès votre entrée en établissement, dans la mesure où ses ressources personnelles sont inférieures au plafond légal.
- la Complémentaire Santé Solidaire doit être sollicitée auprès de votre caisse de sécurité sociale dès lors que vos ressources sont inférieures au plafond légal (<https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr>).

Les conséquences de l'aide sociale

Se référer au document « Modalités de récupération des prestations d'aide sociale »

• La prise d'hypothèque est possible :

pour garantir la créance, le Département peut prendre une hypothèque sur vos biens immobiliers, sauf pour les prestations à domicile.

• Une participation du bénéficiaire, des époux et des enfants est demandée :

L'attribution de l'aide sociale à l'hébergement est subordonnée au règlement d'une participation aux frais d'hébergement à hauteur de 90 % des ressources du bénéficiaire, de la contribution des époux aux charges du mariage (article 214 du Code Civil).

Les enfants sont tenus de participer aux frais d'hébergement au titre de leur obligation alimentaire (sauf pour les personnes handicapées). Leur contribution est fixée en fonction de leurs revenus et de la composition de leur foyer selon un barème départemental.

Les personnes âgées conservent chaque mois une somme minimale correspondant à 10 % de leurs ressources et ne pouvant être inférieure à 1/100^e du montant annuel des prestations minimales vieillesse (montant fixé par décret).

Les ressources laissées à disposition des personnes handicapées varient en fonction du type d'hébergement, de sa qualité de travailleur ou de non travailleur ainsi que des charges éventuelles de familles.

Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier, avoir pris connaissance des conséquences d'admission à l'aide sociale, des sanctions encourues en cas de fausse déclaration, m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées et à informer le service aide sociale de tout changement intervenant dans ma situation familiale, mes ressources ou mon patrimoine.

J'autorise le Président du Conseil Départemental à solliciter auprès des administrations compétentes tout élément permettant de vérifier mes déclarations des intéressés.

À, le ... / ... /

Signature obligatoire du demandeur ou de son représentant légal

Les fraudes ou fausses déclarations

Le fait de percevoir ou de tenter de percevoir l'aide sociale de manière frauduleuse est punie des peines d'escroquerie prévues à l'article L313-1 du code pénal soit 5 ans d'emprisonnement et 375 000 € d'amende à titre principal (art. L135-1 du code de l'action sociale et des familles).

Les faux, usage de faux, et déclaration mensongère sont sanctionnés par 2 à 3 ans d'emprisonnement et de 15 000 € à 30 000 € d'amende (art. 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal).

« Fournir sciemment des renseignements inexacts ou incomplets, dans une déclaration exigée en vue d'obtenir d'une collectivité un paiement ou un avantage quelconque du est puni de 4 ans d'emprisonnement et de 9 000 € d'amende » (loi n°68-690 du 31/07/1968).

Dispositions relatives à la loi du 6 janvier 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi "Informatiques et Libertés" du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels. Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

- 1- toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction des dossiers.
- 2- les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.
- 3- vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation des informations qui vous concernent. Vous pouvez également définir le sort de vos données après votre décès. 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.

Vous pouvez exercer vos droits, en justifiant de votre identité, par voie postale, au :

Délégué à la Protection des Données

Département des Côtes d'Armor

9 place du Général de Gaulle

22 000 SAINT-BRIEUC

ou par courriel à l'adresse dpd@cotesdarmor.fr

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la :

CNIL

3 place Fontenoy

TSA 80715

75 334 Paris cedex

ou www.cnil.fr

Glossaire

EHPA : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées

RA : Résidence Autonomie

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

USLD : Unité de Soins Longue Durée

FOA : Foyer Occupationnel d'Accueil

FV : Foyer de Vie

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FH : Foyer d'Hébergement

ESAT : Établissement ou Service d'Aide par le Travail

ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personnes

ACFP : Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social des Adultes Handicapés

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

Modalités de récupération des prestations d'Aide sociale

En 2 exemplaires dont :

- un à conserver par l'intéressé
- un à renvoyer avec le dossier à DPAPH

Prestations	Intervention des obligés alimentaires (1)	Récupération sur succession et contre légataires universels ou à titre universel	Récupération sur donataires (2) et sur légataires à titre particuliers
AIDES AUX PERSONNES ÂGÉES			
- Aides relatives au maintien à domicile : services ménagers - Allocation repas en établissement	NON	OUI sur la partie de l'actif net de succession supérieur à 46 000 €. Seules les dépenses supérieures à 760 € et pour la part excédent ce montant peuvent donner lieu à récupération.	OUI au 1 ^{er} euro
Allocation d'accueil familial	OUI	OUI au 1 ^{er} euro	OUI au 1 ^{er} euro
Aide sociale à l'hébergement (EHPAD, USLD, Résidence Autonomie)	OUI	OUI au 1 ^{er} euro	OUI au 1 ^{er} euro
APA	NON	NON	NON
AIDES AUX PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP			
- Aides relatives au maintien à domicile : services ménagers - Allocation repas en établissement	NON	OUI sur la partie de l'actif net de succession supérieur à 46 000 €. Seules les dépenses supérieures à 760 € et pour la part excédent ce montant peuvent donner lieu à récupération SAUF si les héritiers sont le conjoint, les enfants ou la personne qui a assumé de façon effective et constante la charge de la personne handicapée.	OUI au 1 ^{er} euro
Allocation d'accueil familial	NON	OUI au 1 ^{er} euro SAUF si les héritiers sont le conjoint, les enfants ou la personne qui a assumé de façon effective et constante la charge de la personne handicapée.	OUI au 1 ^{er} euro
Aide sociale à l'hébergement en internat (FOA, FAM, Foyer d'hébergement ESAT, EHPAD, USLD, IME Creton)	NON	OUI au 1 ^{er} euro SAUF si les héritiers sont le conjoint, les enfants, les parents ou la personne qui a assumé de façon effective et constante la charge de la personne handicapée.	NON
- Aide sociale à l'hébergement en externat (FOA, IME Creton) - Accueil temporaire (90 j/an)	NON	NON	NON
ACTP, PCH, ACFP, SAVS, SAMSAH, SATRA	NON	NON	NON
RETOUR À MEILLEURE FORTUNE			
Aides aux personnes âgées (sauf APA)		OUI au 1 ^{er} euro. Concerne toutes les formes d'aides sociales accordées.	
Aides aux Personnes Handicapées		OUI au 1 ^{er} euro. Concerne toutes les formes d'aides sociales accordées SAUF l'ACTP (Allocation compensatrice Tierce Personne) et les frais d'hébergement en établissement.	

(1) Obligés alimentaires : enfants, gendres et belle-filles.

(2) Récupération auprès des donataires si la donation est postérieure à la demande d'aide sociale ou si elle est intervenue dans les 10 ans qui ont précédé la demande d'aide sociale.

À titre subsidiaire, contre le bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie souscrit par le bénéficiaire de l'Aide sociale, à concurrence de la fraction des primes versées après l'âge de 70 ans, sauf pour les prestations d'hébergement des personnes en situation de handicap.

<p>Je soussigné(e) <input type="checkbox"/> M., <input type="checkbox"/> M^{me},</p> <p>déclare</p> <ul style="list-style-type: none"> - avoir pris connaissance des modalités de récupération de l'Aide sociale ci-dessus indiquées - maintenir la demande d'Aide sociale <p><input type="checkbox"/> me concernant</p> <p><input type="checkbox"/> concernant <input type="checkbox"/> M., <input type="checkbox"/> M^{me}</p> <p>et autorise le Président du Conseil départemental à solliciter auprès des administrations compétentes toute évaluation de mon patrimoine.</p>	<p>Fait à</p> <p>Le</p> <p>Signature du demandeur ou de son représentant légal</p>
---	--

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



ATTENTION. Un seul imprimé par établissement financier en dissociant montant du capital et montant des intérêts.

Par établissement financier sont compris : les banques, La Poste, les organismes d'assurance...

Relevé

de capitaux placés

de l'année précédente

Situation au 31 décembre 20...

Produits		Capital	N° Compte	Intérêts perçus ou capitalisés pour l'année écoulée
Livrets d'épargne	Livret A			
	Livret B			
	Livret Jeune			
L.E.P. (Livret d'Épargne Populaire)				
P.E.P. (Plan Épargne Populaire)				
L.D.D. (Livret Développement Durable)				
Livret ou C.E.L. (Compte Épargne Logement)				
P.E.L. (Plan Épargne Logement)				
Assurance Vie (Contrats classiques) joindre une copie intégrale des contrats				
Assurance Vie (Contrats visés au 2 ^e du I de l'article 199 septies du Code général des Impôts : Épargne handicap, contrat rente survie...) Joindre une copie des contrats				
Contrat Obsèques				
Contrat Dépendance				
Capital Expansion				
Obligations - Actions				
S.I.C.A.V. et fonds commun de placement				
S.C.P.I.				
Bons Anonymes				
Rentes				
Autres : (à préciser)				
Compte(s) courant(s) (obligatoire)				

Je soussigné M. M^{me}

Nom

Prénom

Nom de jeune fille

Date de naissance : ... / ... /

Adresse

.....

CP Commune

autorise les organismes financiers à fournir tous renseignements utiles sur le montant des capitaux placés et produits d'épargne.

Fait le Signature

Visa de l'établissement financier

L'établissement financier

atteste que

M. M^{me}

n'a pas, à ce jour, dans notre établissement, d'autres formes d'épargne que celles indiquées ci-dessus.

Fait le Signature & cachet

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



Attestation sur l'honneur

Je soussigné-e,

Nom de naissance Prénom.....

Nom marital Date de naissance

demeurant

.....

.....

Code postal Commune.....

atteste sur l'honneur

- ne posséder aucun compte de placement bancaire (livret, plan épargne logement, compte épargne logement, livret d'épargne populaire, plan d'épargne populaire, livret développement durable, plan épargne action, parts sociales...),
- n'être détenteur d'aucun contrat d'assurance-vie auprès d'organismes bancaires ou d'organismes d'assurance,
- n'avoir souscrit aucun contrat obsèques ou dépendance.

Fait pour servir et valoir ce que de droit

Fait à

Le

Signature

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



Liste des pièces justificatives

à joindre à la demande
d'aide sociale

En plus du dossier d'aide sociale composé :

- du dossier 4 pages
- des modalités de récupération
- du relevé des capitaux placés

La demande d'aide sociale doit être accompagnée des pièces justificatives suivantes :

Pièces à fournir	Services ménagers	Allocation repas	Hébergement en établissement	Accueil familial
Copie intégrale de l'acte de naissance	X	X	X	X
Copie de la carte nationale d'identité ou du passeport	X	X	X	X
Copie intégrale du livret de famille	X	X	X	X
Pour les étrangers, copie de la carte de résidence ou du titre de séjour régulier et justificatifs de la durée de résidence en France	X	X	X	X
En cas de protection judiciaire, copie du jugement et coordonnées du mandataire (sauvegarde de justice, habilitation familiale, curatelle, tutelle)	X	X	X	X
Copie de ou des orientations délivrées par la MDPH en cours de validité précisant le taux d'incapacité et/ou l'orientation vers un établissement d'hébergement (pour les personnes handicapées uniquement)	X	X	X	X
Justificatifs de l'ensemble des ressources du foyer (bulletins de salaire, indemnités chômage, attestations de caisses de retraite, pension d'invalidité ou d'accident du travail, rentes, pensions, revenus fonciers, ...)	X	X	X	X
Attestations de dépôt ou des droits ouverts auprès de la CAF ou de la MSA (allocation logement, allocation adulte handicapé, majoration pour la vie autonome, complément de ressources AAH, ...)	X	X	X	X
Relevé bancaire des 12 derniers mois pour chaque compte bancaire détenu	X	X	X	X
Copie intégrale des contrats d'assurance-vie (noms des bénéficiaires)	X	X	X	X
Dernier avis d'imposition ou de non imposition dans son intégralité ainsi que la déclaration de ressources correspondante	X	X	X	X
Attestation patrimoniale et justificatif de propriété	X	X	X	X
Copie des actes notariés intégraux (donation, vente)	X	X	X	X
Attestation de complémentaire santé avec échéancier des cotisations de l'année en cours		X	X	X
Copie du dernier avis de taxe foncière	X	X	X	X
Justificatif des frais de tutelle		X	X	X
Grille d'évaluation des besoins en services ménagers complétée par le Service d'Aide à Domicile (SAAD) habilité à l'aide sociale	X			
Facture mensuelle détaillée de l'établissement avec les charges et le prix des repas		X		
Contrat d'hébergement de l'accueillant familial, bulletins de salaire et relevé URSSAF du dernier trimestre				X
Relevé d'identité bancaire du demandeur				X