

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>Nom de l'établissement N° FINESS :</p> <p>Tarification journalière : e/J</p> <p>Dates Date d'orientation CDAPH* Entrée dans l'établissement Demande de prise en charge Sortie de l'établissement Changement d'établissement</p> <p>Type de prise en charge <input type="checkbox"/> IME Creton (Internat) <input type="checkbox"/> FOA (Internat) <input type="checkbox"/> FAM (Internat) <input type="checkbox"/> Foyer annexé ESAT <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :</p>	<p>Personne pour laquelle l'aide est sollicitée <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M^{me} Nom : née Prénom : Date de naissance : Adresse Domicile de secours ou dernière adresse connue : (avant l'entrée en établissement) Caisse de Sécurité Sociale N°</p> <p>Mesure de protection (joindre une copie) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Oui Coordonnées de la <input type="checkbox"/> tutelle ou <input type="checkbox"/> curatelle : </p>		
<p>Ressources et allocations* AAH : <input type="checkbox"/> rejetée <input type="checkbox"/> en instance <input type="checkbox"/> acceptée Montant : e Pension d'invalidité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Montant : e Allocation logement APL ou ALS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Non Montant : e Autres ressources par mois (à préciser) Montant : e Montant : e ACTP, PCH, ou MTP/PC RTP <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Je soussigné déclare demander le bénéfice de l'Aide sociale aux personnes en situation de handicap <input type="checkbox"/> me concernant <input type="checkbox"/> concernant <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M^{me}</p> <p>Demande effectuée le à :</p>		
<p>* Joindre copie de la décision CDAPH (MDPH)</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		