

Bordereau de ressources

(à remplir chaque mois)

Informations pour le mois de :

Nom de l'établissement
Adresse
Code Postal Commune

Conformément aux procédures en vigueur et afin de vous aider dans vos démarches, ce formulaire est à compléter chaque mois et à transmettre à l'établissement.

Ces informations, annexées à la facture, sont obligatoires pour le paiement de l'aide sociale par le Conseil départemental.

Tout document incomplet pourra entraîner un retard de paiement.

Je soussigné-e,

Nom de naissance Prénom

Nom marital Date de naissance

sous mesure de tutelle : Oui Non

Nom/Prénom du tuteur

Adresse du tuteur

Mail du tuteur Téléphone

- certifie être titulaire des ressources éligibles suivantes :

Nature des ressources	Organisme payeur	Montant mensuel perçu	Montant mensuel reversé * (montant perçu x 0,9)	Montant laissé à disposition
		€	€	€
		€	€	€
		€	€	€
		€	€	€
		€	€	€
Total		€	€	€

* Les montants des APL, du versement du conjoint à domicile au demandeur et des obligations alimentaires à déduire sur facture sont à reverser totalement.

Montant minimum d'argent de poche garanti :

Statut personne âgée :

Statut personne handicapée :

- certifie payer les charges éligibles* suivantes :

Nature des charges	Organisme	Montant mensuel payé
		€
		€
		€
		€
	Total	€

* Charges déductibles : complémentaire santé, frais de gestion de mesure de protection, impôt sur le revenu, pension alimentaire.

Montant à reverser au bénéficiaire de l'aide sociale :

Montant total des ressources perçues	€
Montant de l'argent de poche	€
Montant total des charges à déduire	€
Montant total à reverser au bénéficiaire	€

Nom du représentant légal :

Fait à

Le

Signature du bénéficiaire
ou de son représentant légal