

Formulaire à adresser par courrier :
Direction de l'autonomie
Service de l'offre médico-sociale
Bureau des prestations en établissement
Immeuble Verdi
8-22 rue du Chemin Vert
93006 BOBIGNY CEDEX

Ou par mail :
aidesociale-pa@seinesaintdenis.fr

**FORMULAIRE D'AUTORISATION
DE PERCEPTION DES RESSOURCES
AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE A
L'HEBERGEMENT**
(À la demande du bénéficiaire ou de son
représentant légal)

1^{ère} demande

Renouvellement

Je soussigné(e) : Madame / Monsieur (Rayer la mention inutile)

Nom : Prénom(s) :

Nom de naissance :

Né(e) le

Résidant dans l'établissement (*nom et adresse*) :

.....

.....

Depuis le :

Nom et prénom du représentant légal (le cas échéant) :

.....

.....

Autorise la direction ou le comptable de l'établissement précité à percevoir mes revenus, y compris l'allocation logement à caractère social, conformément à l'article L.132-4 du code de l'action sociale et des familles.

En application de l'article L.132-3 du code de l'action sociale et des familles, j'ai bien noté que 90% de l'ensemble de mes revenus, ainsi que l'intégralité de mon allocation logement seront reversés au Département en contrepartie du paiement de mes frais de séjour. En conséquence, je m'engage à remettre à la direction ou au comptable de l'établissement les informations et les pouvoirs nécessaires à l'encaissement de mes revenus, à charge pour lui de restituer la part non affectée au paiement de mes frais d'hébergement.

Fait à :

Le :

Signature :

Le bénéficiaire ou son représentant légal

AVIS DE LA DIRECTION DE L'ETABLISSEMENT

Avis favorable

Avis défavorable

DATE :

SIGNATURE ET CACHET :

DECISION DU PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

Le Président du Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis autorise la direction ou le comptable de l'établissement d'accueil à percevoir les revenus (y compris l'allocation logement ou l'A.P.L) de :

Madame/Monsieur :

Né(e) le :

Numéro de dossier :

Cette autorisation de perception s'inscrit dans le cadre de la prise en charge de l'aide sociale à l'hébergement (A.S.H.) pour la période duau.....

Fait à Bobigny

Le :

Formulaire à adresser par courrier :
Direction de l'autonomie
Service de l'offre médico-sociale
Bureau des prestations en établissement
Immeuble Verdi
8-22 rue du Chemin Vert
93006 BOBIGNY CEDEX

Ou par mail :
aidesociale-pa@seinesaintdenis.fr

**FORMULAIRE D'AUTORISATION DE
PERCEPTION DES RESSOURCES
AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE A
L'HEBERGEMENT**
(A la demande de l'établissement)

1^{ère} demande

Renouvellement

Je soussigné(e)agissant en qualité de
Directeur.rice de l'établissement.....

Atteste que Madame/ Monsieur *(rayer la mention inutile)*

Nom : Prénom(s) :

Nom de naissance :

Né(e) le.....

Résidant dans l'établissement, ne s'est pas acquitté(e) de sa contribution depuis au moins trois mois,
soit le.....

Conformément à l'article L132-4 du code de l'action sociale et des familles, je demande
l'autorisation de percevoir l'ensemble des ressources de ce résident, y compris l'allocation logement à
caractère social, directement sur le compte de l'établissement.

Je m'engage à reverser mensuellement au résident ou à son représentant légal le montant des
revenus non affectés au paiement de ses frais d'hébergement, notamment les frais afférents aux
charges déductibles.

Fait à :

Le :

Cachet et signature de la direction :

DECISION DU PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

Le Président du Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis autorise la direction ou le comptable de l'établissement d'accueil à percevoir les revenus y compris l'allocation logement à caractère social de :

Madame/Monsieur :

Né(e) le :

Numéro de dossier :

Cette autorisation de perception s'inscrit dans le cadre de la prise en charge de l'aide sociale à l'hébergement (A.S.H.) pour la période duau.....

Fait à Bobigny

Le :