



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

DEMANDE D'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT

- Etablissement pour personnes âgées (EHPAD, USLD ou résidence-autonomie)
- Etablissement pour personnes handicapées
- Accueil familial

Est-ce un séjour

Temporaire

Permanent

Date d'entrée en établissement

..... / /

Demande d'effet à compter du ¹

..... / /

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

| Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> | Demandeur | Conjoint, concubin ou pacsé |
|---|---|--|
| NOM d'usage | | |
| NOM de naissance | | |
| Prénom | | |
| Date de naissance | | |
| Nationalité | <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre : | <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre : |
| Situation familiale | <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubin.e <input type="checkbox"/> Marié.e <input type="checkbox"/> Pacsé.e <input type="checkbox"/> Veuf ou veuve <input type="checkbox"/> Divorcé.e <input type="checkbox"/> Séparé.e | |
| Numéro de sécurité sociale | | |
| Numéro d'allocataire CAF | | |
| Téléphone | | |
| Adresse email | | |

→ Pour les français et les ressortissants de l'U.E, joindre la pièce d'identité.

→ Pour  étrangers hors U.E, joindre le titre de séjour en cours de validité.

¹ **Attention** : La prise en charge des frais d'hébergement peut prendre effet à compter du jour d'entrée dans l'établissement, si la demande a été déposée dans les 2 mois suivant ce jour. Ce délai peut être prolongé une fois dans la limite de 2 mois par le Conseil départemental.

PROTECTION JURIDIQUE DU DEMANDEUR

| | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------|
| Etes-vous sous protection juridique | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Type de protection juridique | <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Habilitation familiale | |

| | |
|---|-----------------------|
| Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> NOM et prénom du représentant légal ou organisme de tutelle | |
| Adresse (N° et Voie) | |
| Code postal | Commune |
| Téléphone | Email |
| Date d'effet | / / |

→ Joindre la décision du juge pour les personnes sous protection juridique (tutelle, curatelle...)

PERSONNE DE CONFIANCE A JOINDRE

| | |
|---|---------|
| Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> NOM et prénom de la personne de confiance | |
| Lien avec le demandeur | |
| Adresse (N° et Voie) | |
| Code postal | Commune |
| Téléphone | Email |

ADRESSE ACTUELLE DE RESIDENCE

| | | |
|---|-----------------------|----------|
| Nom de l'établissement (le cas échéant) | | |
| Adresse (N° et Voie) | | |
| Bâtiment | N° d'appartement | Escalier |
| Code postal | Commune | |
| Téléphone | Email | |
| Depuis quand habitez-vous à cette adresse | / / | |

Précisez s'il s'agit de

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Domicile personnel <input type="checkbox"/> Etablissement médico-social <input type="checkbox"/> Hébergement chez un proche <input type="checkbox"/> Accueil familial | | |
| Le conjoint réside-t-il en établissement | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Lieu de résidence actuelle du conjoint si différente de celle du demandeur | | |
| Adresse (N° et Voie) | | |
| Code postal | Commune | |

ADRESSE PRECEDENTE

| | | |
|----------------------|------------------|----------|
| Adresse (N° et Voie) | | |
| Bâtiment | N° d'appartement | Escalier |
| Code postal | Commune | |

Précisez s'il s'agit de

| | |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Domicile personnel <input type="checkbox"/> Etablissement médico-social <input type="checkbox"/> Hébergement chez un proche | |
| Depuis quand avez-vous quitté cette adresse | / / |

→ Joindre les justificatifs de domicile de moins de 3 mois

→ Pour les personnes hébergées, joindre une attestation sur l'honneur de l'hébergeant datée et signée avec sa pièce d'identité et le justificatif de domicile.

RESSOURCES ET ALLOCATIONS

| | Demandeur | Conjoint e, concubine ou pacsé e |
|---|-----------|----------------------------------|
| SALAIRE | | |
| RETRAITE principale | | |
| RETRAITE complémentaire 1 | | |
| RETRAITE complémentaire 2 | | |
| Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) | | |
| PENSION de réversion | | |
| Allocation Adulte Handicapé (AAH) | | |
| PENSION d'invalidité | | |
| MAJORATION tierce personne | | |
| Allocation logement (APL) | | |
| REVENUS FONCIERS | | |
| CAPITAUX MOBILIERS et NON-MOBILIERS (dont assurance vie) | | |
| Prestation de compensation du handicap (PCH) | | |

→ Les personnes âgées et en situation de handicap hébergées en internat sont tenus de reverser une participation à l'établissement en fonction de leurs ressources et leur situation. L'époux, l'épouse est également soumis.e à participation (article 212 du code civil).

CHARGES DEDUCTIBLES DE VOTRE CONTRIBUTION A VERSER A L'ETABLISSEMENT

| Nature de la charge | Montant en euros | Condition de déduction |
|-------------------------------------|------------------|---|
| Mutuelle (mensuelle) | | Joindre le justificatif de la cotisation |
| Taxe foncière (annuelle) | | Joindre le justificatif d'exonération ou non-exonération aux impôts |
| Taxe d'habitation (annuelle) | | Joindre le justificatif d'exonération ou non-exonération aux impôts |
| Frais de tutelle (mensuels) | | Joindre le justificatif des frais |
| Assurance habitation | | Pour les personnes âgées lorsque le bien est hypothéqué ou que le conjoint resté au domicile n'a pas de ressource |
| Loyer (mensuel) | | Pour les personnes handicapées accueillies temporairement en établissement |

→ Joindre les justificatifs correspondants

Observations :

BIENS IMMOBILIERS
(Uniquement pour les personnes âgées)

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Avez-vous des biens ayant fait l'objet d'une donation ou d'une vente au cours des 10 dernières années | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous mis votre bien en location | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, quel est le montant du loyer | | |

| Propriétés bâties | Adresse | Code Postal | Ville | Valeur locative (voir taxe foncière) |
|------------------------------------|----------------|--------------------|--------------|---|
| Résidence principale | | | | |
| Résidence(s) secondaire (s) | | | | |
| Propriétés nonbâties | | | | |

Si le bien est en indivision merci de mentionner les coordonnées des autres co-indivisaires ci-dessous :

PERSONNES TENUES A L'OBLIGATION ALIMENTAIRE (Uniquement pour les personnes âgées)

Sont obligés alimentaires les personnes de votre filiation qui doivent participer à vos frais d'hébergement dans la limite de leurs ressources (enfants, gendres et belles-filles).

Le Département applique un barème en fonction des ressources du foyer et du nombre de personnes à charge.

Simulation en ligne : <https://www.seine-saint-denis.fr/Calculez-le-montant-de-l-obligation-alimentaire.html>

| NOM et Prénom | Date de Naissance | Lien de parenté | Adresse | Téléphone et Email | Montant des revenus imposables déclarés | Nombre de personnes dans le foyer |
|---------------|-------------------|-----------------|---------|--------------------|---|-----------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

- Joindre la copie du livret de famille complet.
- Chaque obligé alimentaire doit joindre obligatoirement la copie intégrale du dernier avis d'imposition
- A défaut de l'avis d'imposition ou si votre situation a changé en cours d'année, joindre les justificatifs de revenu (fiche de paie, allocations, autres...).
- Pour les enfants entre 16 et 25 ans à charge dans le foyer, joindre le certificat de scolarité.
- Pour les personnes divorcées, joindre le jugement de divorce

PERSONNES TENUES A L'OBLIGATION ALIMENTAIRE (Uniquement pour les personnes âgées)

Sont obligés alimentaires les personnes de votre filiation qui doivent participer à vos frais d'hébergement dans la limite de leurs ressources (enfants, gendres et belles-filles).

Le Département applique un barème en fonction des ressources du foyer et du nombre de personnes à charge.

Simulation en ligne : <https://www.seine-saint-denis.fr/Calculez-le-montant-de-l-obligation-alimentaire.html>

| NOM et Prénom | Date de Naissance | Lien de parenté | Adresse | Téléphone et Email | Montant des revenus imposables déclarés | Nombre de personnes dans le foyer |
|---------------|-------------------|-----------------|---------|--------------------|---|-----------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

- Joindre la copie du livret de famille complet.
- Chaque obligé alimentaire doit joindre obligatoirement la copie intégrale du dernier avis d'imposition
- A défaut de l'avis d'imposition ou si votre situation a changé en cours d'année, joindre les justificatifs de revenu (fiche de paie, allocations, autres...).
- Pour les enfants entre 16 et 25 ans à charge dans le foyer, joindre le certificat de scolarité.
- Pour les personnes divorcées, joindre le jugement de divorce

RECONNAISSANCE HANDICAP AVANT 65 ANS

L'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées peut être accordée à partir de 65 ans, sauf si vous avez bénéficié d'une reconnaissance handicap ou invalidité avant vos 65 ans.

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Avez-vous bénéficié d'une reconnaissance d'invalidité supérieure ou égale à 80% avant vos 65 ans ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous demandé la Carte Mobilité Inclusion mention «invalidité » auprès de la Maison Départemental des Personnes Handicapées (MDPH) ou dans le cadre d'une demande d'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie (ADPA) ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

→ Joindre la notification de la MDPH (ou COTOREP), pension d'invalidité, ou la Carte Mobilité Inclusion ou carte d'invalidité avec la mention invalidité.

DECLARATION SUR L'HONNEUR ET SIGNATURE

Je soussigné(e), Mme Magissant :

en mon nom propre

en ma qualité de représentant légal de Mme M

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières en application de la loi (articles 441-1 à 441-12 du code pénal), ainsi que, le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes indûment perçues (article R131-4 du code de l'action sociale et des familles).

En cas d'incapacité de signer, joindre un certificat médical attestant l'incapacité de signer du demandeur


Cachet et signature :

Fait à :

Le : / /

Les informations recueillies via ce formulaire sont destinées à la Direction de l'Autonomie du Département de la Seine-Saint-Denis. Le traitement visé par la présente collecte de données est fondé sur une mission d'intérêt public conformément au Règlement européen sur la protection des données personnelles du 27 avril 2016.

Les données collectées sont transférées aux agents habilités. Le Département peut également être amené à échanger des informations relatives à votre situation avec d'autres organismes, notamment l'administration fiscale, pour toutes les prestations que vous auriez sollicitées auprès du Département pour lesquelles la loi ou la réglementation autorise ces échanges. Ces données ne sont en aucun cas cédées à des tiers à des fins commerciales et ne font pas l'objet d'une décision automatisée.

Vous pouvez exercer votre droit d'accès, d'information, de rectification ou de limitation en contactant le Délégué à la protection  données:

• par courrier : dpo@seinesaintdenis.fr

• par courrier adressé à : Département de Seine-Saint-Denis - A l'attention du Délégué à la Protection des Données – DINSI - BP 193 - 93006 BOBIGNY CEDEX

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

SIGNATURE DU MAIRE OU CCAS

Fait à :

Cachet et signature :

Le : / /

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

(Merci de ne pas agraffer les documents)

Pièces obligatoires pour toute demande

- Pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour)
- Bulletin d'entrée ou de situation de l'établissement précisant la date d'entrée et le type d'accueil (permanent ou temporaire)
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (quittance de loyer, taxe d'habitation ou taxe foncière, contrat de location...)
- Pour les personnes hébergées : attestation sur l'honneur de l'hébergeant datée et signée avec pièce d'identité et justificatif de domicile précisant les dates d'hébergement.
- Dernier avis d'impôts sur le revenu
- Justificatifs des ressources récents (retraites, pensions, AAH, indemnités du Pôle emploi ou de la sécurité sociale, rentes...)
- Justificatifs d'allocations de la CAF (aides au logement...AL ou APL)

Pour les personnes âgées sans ressources ou ayant des ressources inférieures au montant de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA), vous devez faire une démarche auprès de l'assurance retraite afin de savoir si vous pouvez en bénéficier : www.lassuranceretraite.fr ou appel au 39.60

- Décision du juge pour les personnes sous protection juridique (tutelle, curatelle...)
- Attestation de cotisation de la mutuelle le cas échéant

Pour les personnes handicapées.

- Notification de la décision d'orientation en établissement de la CDAPH (MDPH)

Pour les personnes âgées uniquement

- Livret de famille complet ou à défaut une attestation sur l'honneur précisant la situation familiale détaillée
- Pièces concernant les biens immobiliers ou mobiliers
- Justificatif de reconnaissance d'invalidité supérieure ou égale à 80% ou reconnaissance de l'inaptitude au travail par la caisse de retraite si vous avez entre 60 et 65 ans.

Pour les obligés alimentaires (enfants, gendres et belles-filles)

- Pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour)
- Livret de famille complet ou à défaut une attestation sur l'honneur précisant la situation familiale détaillée
- Copie intégrale du dernier avis d'imposition sur les revenus. A défaut de l'avis d'imposition ou si votre situation a changé en cours d'année, joindre les justificatifs de revenus.
- Si le foyer comporte des enfants à charge entre 16 et 25 ans, certificat de scolarité
- Jugement de divorce le cas échéant

Informations importantes pour les obligés alimentaires

➔ Il n'est pas utile de joindre les relevés bancaires et justificatifs des charges du foyer. Le Département ne prend en compte que les revenus ainsi que le nombre de personnes composant le foyer. En cas de désaccord avec la participation proposée par le Président du Conseil départemental, seul le juge des affaires familiales du tribunal judiciaire pourra statuer.

➔ Si vous refusez de transmettre les informations relatives à vos ressources, le Département appliquera une participation forfaitaire dont le montant vous sera notifié par courrier.

➔ La participation aux frais d'hébergement des parents, compte-tenu des ressources, est une obligation du code civil (article 205 et 206). Si vous refusez de participer au frais d'hébergement de votre parent, vous devez joindre un courrier circonstancié au dossier apportant des éléments faisant état d'un manquement de votre ascendant à ses obligations (article 207 du code civil). Dans ce cas, seul le juge des affaires familiales du tribunal judiciaire pourra statuer.

➔ Les enfants sont dispensés de participation lorsqu'ils apportent la preuve qu'ils ont été retirés de leur milieu familial par décision judiciaire durant une période d'au moins 36 mois cumulés au cours des douze premières années de leur vie (article L 132-6 du CASF).