

Dossier Familial D'A.S.H.

AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT

- Personne âgée
- Personne en situation de handicap

RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° DE DOSSIER

N° DE PERSONNE :

N° DE Chaisothèque

CCAS de

DATE DE DEPÔT AU CCAS: / /

DATE D'ARRIVEE A LA CTM. / /

DOSSIER DECLARE COMPLET LE : / /

N° DOSSIER « Via Trajectoire » * :

1^{ère} demande

Renouvellement

Révision

AIDE SOLICITÉE

- Hébergement Personne Agée
- Hébergement Personne Handicapée
- Accueil familial

ETAT CIVIL

- Madame
- Monsieur

- Marié.e
- Divorcé.e
- Séparé.e
- Pacsé.e
- Vie maritale
- Veuf.ve
- Célibataire

	Personne pour laquelle l'aide est demandée	Conjoint.e, concubin.e ou pacsé.e
Nom de naissance		
Nom de famille		
Prénom		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Nationalité		
Retraité.e	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
N° de Sécurité Sociale		
N° Allocataire CAF/MSA		
Organisme de Mutuelle		
Couverture Santé	<input type="checkbox"/> Santé <input type="checkbox"/> Décès	<input type="checkbox"/> Santé <input type="checkbox"/> Décès

Le dossier de demande intégralement rempli, accompagné des pièces justificatives doit être transmis au CCAS de votre commune.

* Le numéro du dossier pour une admission en EHPAD déposé sur l'application « *Via Trajectoire Grand Âge* » est à mentionner sur le formulaire.

ADRESSES DU DEMANDEUR/DE LA DEMANDEUSE

ADRESSE PRIVÉE ANTÉRIEURE À L'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT

Propriétaire Locataire Logé.e à titre gratuit

du _____ au _____

Rue _____

Code postal _____ Ville _____

ADRESSE ACTUELLE

Date d'arrivée _____

Accueil familial adulte Etablissement

Téléphone fixe _____ Téléphone portable _____

Rue _____

Code postal _____ Ville _____

PROTECTION JURIDIQUE

LE DEMANDEUR FAIT-IL / LA DEMANDEUSE FAIT-ELLE L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE ?

oui non Si oui (*joindre copie du jugement*)

Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle Curatelle renforcée

NOM ET ADRESSE DU TUTEUR/DE LA TUTRICE OU DE L'ASSOCIATION EN CHARGE DE LA MESURE :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Commune : _____ Code postal : _____ Tél. : _____

PERSONNE RÉFÉRENTE

PERSONNE À CONTACTER POUR LA VISITE D'ÉVALUATION À DOMICILE OU EN CAS D'URGENCE

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Commune : _____ Code postal : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Courriel : _____

Lien de parenté : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR/DE LA DEMANDEUSE

RESSOURCES ANNUELLES — en €

	Montant mensuel perçu par le demandeur/ la demandeuse	Montant mensuel perçu par le conjoint/la conjointe, concubin.e ou pacsé.e
Retraite principale (à préciser)		
Retraite complémentaire (à détailler)		
Traitements et salaires		
Bénéfices commerciaux		
Bénéfices agricoles		
Revenus locatifs (ou fonciers)		
Allocations diverses		
TOTAL MENSUEL		

PATRIMOINE MOBILIER ET IMMOBILIER

à renseigner pour le demandeur/la demandeuse , et le cas échéant son conjoint/sa conjointe, son concubin/sa concubine ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS (1)

A - BIENS IMMOBILIERS (préciser la nature de ceux-ci, leur adresse et la valeur locative indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et les propriétés non bâties) :

NATURE : VALEUR LOCATIVE : €

ADRESSE :

Liste à compléter au besoin sur déclaration séparée à joindre au dossier

B - BIENS AYANT FAIT L'OBJET DE DONATION, PARTAGE, VENTE (dans les 10 ans précédents la demande) compléter la liste sur papier libre

NATURE : VALEUR VÉNALE : €

ADRESSE :

C - BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX NON PLACÉS (dont assurance-vie, actions, obligations)⁽²⁾ :

Nota : (1) Ne pas déclarer la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur/la demandeuse, son conjoint/sa conjointe, son concubin/sa concubine ou la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits-enfants. (2) Ne pas déclarer les capitaux placés, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan d'épargne logement, plan d'épargne en actions...), qui ne constituent pas du patrimoine dormant. En revanche la valeur des contrats d'assurance-vie, qui relèvent du patrimoine dormant, doit être déclarée.

AVIS MOTIVES SUR LES AVANTAGES SOLICITES (C.C.A.S.)

Conditions d'isolement - autres

Avis du Président

Signature du Président de la Commission Administrative du C.C.A.S.

PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

**MEMBRES DE LA FAMILLE TENUS A L'OBLIGATION ALIMENTAIRE
(DESCENDANTS.T.E.S/CONJOINT.E)**

NOM	PRENOM	PARENTÉ	ADRESSE	TÉLÉPHONE	ADRESSE MAIL

Ps : Chaque membre est tenu de remplir le formulaire supplémentaire portant obligation alimentaire

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné.e,

agissant en mon propre nom / en ma qualité de représentant.e de

, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur ce document.

Fait à :

le :

Signature

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTÉS »

Les traitements de l'Aide Sociale de la Collectivité Territoriale de Martinique sont informatisés.

Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978.

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 du dossier.

2- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement des administrations et organismes habilités à avoir connaissance des dossiers de l'Aide Sociale en application des articles L 133-5, L 221-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

3- En tout état de cause, les personnes concernées ont le droit d'accès et de rectification sur les informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour exercer ce droit, vous devez vous adresser, en justifiant de votre identité à :

M. le Président du Conseil Exécutif de la Collectivité Territoriale de Martinique | Rue Gaston DEFFERRE CS 30137 | 97201 Fort-de-France, Martinique Téléphone : 0596 59 63 00 | Fax : 0596 72 68 10 | Courriel : courrier@collectivitedemartinique.mq

SANCTIONS EN CAS DE FRAUDE

Vous êtes informé.e que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, vous expose à des sanctions pénales et financières en application des articles L331-1, L331-3, L 433-19, L 441-7 du Code Pénal, ainsi que, le cas échéant, à la récupération par la Collectivité Territoriale de Martinique des sommes indûment perçues.

