

TAMPON M.D.R

# RHÔNE

LE DÉPARTEMENT

PERSONNES ÂGÉES

PERSONNES HANDICAPÉES

## DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE

À remplir par le CCAS ou la MDR

Canton .....

Commune .....

(Pour Lyon arrondissement)

Dossier déposé le .....

Précisez s'il s'agit :

d'une 1<sup>ère</sup> demande

d'un renouvellement

**Renseignements concernant la demande d'aide sociale**

**Aide aux personnes âgées**

Frais d'hébergement  
+ participation au tarif dépendance

Accueil familial

Aide ménagère

**Aide aux personnes handicapées**

Frais d'hébergement

Accueil familial

Accueil de jour

Aide ménagère

Dossier n° .....

**1. Renseignements concernant le demandeur**

Nom de naissance : ..... Prénom : .....  
né(e) le : ..... à : .....  
Époux(se) de : Nom..... Prénom : .....  
né(e) le : ..... à : .....  
Veuf(ve) de : ..... Divorcé(e) de.....  
Marié(e) le : ..... à : .....  
Partenaire d'un pacte civil de solidarité avec : .....

Profession ou activité : .....  
Nom et adresse de l'employeur : .....

Téléphone fixe : .....  
Téléphone mobile : .....  
Adresse mail : .....  
Adresse actuelle : .....

..... Depuis le : .....  
Adresse précédente (si vous êtes en établissement ou hébergé chez un accueillant familial, indiquez le dernier domicile personnel dans lequel vous avez résidé au moins 3 mois) :  
.....  
.....

**2. Renseignements concernant le conjoint ou le concubin**

Profession ou activité : .....  
Nom et adresse de l'employeur : .....  
.....  
.....

**3. Renseignements concernant le tuteur (la tutrice)**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : ..... à : .....  
Lien de parenté : .....  
Association tutélaire : ..... Antenne de .....  
Téléphone fixe : .....  
Téléphone mobile : .....  
Adresse mail : .....

#### 4. Renseignements concernant les personnes vivant au foyer

##### A. demandeur

Ressources		Charges	
Nature	Montant	Nature	Montant
Salaire mensuel		Impôts sur le revenu (annuels)	
Pension mensuelle (retraite/invalidité/pensions alimentaires/ prestations compensatoires)		Taxes d'habitation (annuelles)	
Allocations aux adultes handicapés		Taxes foncières (annuelles)	
Revenus agricoles mensuels (y compris élevage)		Obligations alimentaires versées	
Revenus commerciaux mensuels		Pensions alimentaires versées	
Loyers mensuels perçus		Prestations compensatoires versées	
Fermage perçu mensuel		Loyers hors charges	
Rente viagère			
Revenus du capital annuels (intérêts, dividendes .... )			
Aides au logement mensuelles			

##### B. Autres personnes vivant au foyer

Ne pas mentionner deux fois les mêmes charges ou ressources. Compléter, si nécessaire, sur papier libre.

1<sup>ère</sup> personne : Nom : ..... Prénom : .....

né(e) le : ..... lien de parenté .....

Ressources		Charges	
Nature	Montant	Nature	Montant
Salaire mensuel		Impôts sur le revenu (annuels)	
Pension mensuelle (retraite/invalidité/pensions alimentaires/ prestations compensatoires)		Taxes d'habitation (annuelles)	
Allocations aux adultes handicapés		Taxes foncières (annuelles)	
Revenus agricoles mensuels (y compris élevage)		Obligations alimentaires versées	
Revenus commerciaux mensuels		Pensions alimentaires versées	
Loyers mensuels perçus		Prestations compensatoires versées	
Fermage perçu mensuel		Loyers hors charges	
Rente viagère			
Revenus du capital annuels (intérêts, dividendes .... )			
Aides au logement mensuelles			

2<sup>ème</sup> personne : Nom : ..... Prénom : .....

né(e) le : ..... lien de parenté .....

Ressources		Charges	
Nature	Montant	Nature	Montant
Salaire mensuel		Impôts sur le revenu (annuels)	
Pension mensuelle (retraite/invalidité/pensions alimentaires/ prestations compensatoires)		Taxes d'habitation (annuelles)	
Allocations aux adultes handicapés		Taxes foncières (annuelles)	
Revenus agricoles mensuels (y compris élevage)		Obligations alimentaires versées	
Revenus commerciaux mensuels		Pensions alimentaires versées	
Loyers mensuels perçus		Prestations compensatoires versées	
Fermage perçu mensuel		Loyers hors charges	
Rente viagère			
Revenus du capital annuels (intérêts, dividendes .... )			
Aides au logement mensuelles			

Si le demandeur a été en établissement pour personnes handicapées avant 60 ans ou si la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées lui a reconnu un taux d'incapacité de 80 % avant 65 ans, ne pas remplir le point 5.

**5. Renseignements concernant les membres de la famille tenus à la dette alimentaire (conjoints, parents, enfants, gendres, belles-filles)**

Compléter la liste, si nécessaire, sur papier libre.

NOM – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Adresse précise et numéro de téléphone

*Je soussigné(e), certifie sur l'honneur, l'exactitude des informations fournies dans ce document.*

A .....

le .....

Signature du demandeur ou de son représentant légal

OBSERVATIONS ET AVIS DU CCAS

Cachet et signature du Président de la commission administrative du CCAS