REPRESENTANT LEGAL OU PERSONNE REFERENTE

Faites-vous l'objet d'une mesure de Sauvegarde de justice ☐ Curatelle ☐ Tutelle ☐

(Pour chacun des cas, joindre photocopie du jugement)

Nom du représentant légal (ou de l'association) ou de la personne référente :

M. - Mme - Mlle .....

Adresse ..... Code Postal .....

Ville ..... Téléphone .....

Je soussigné(e) agissant en mon nom propre [1] .....

En qualité de représentant de [1] .....

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans le cadre de la demande d'admission à l'aide sociale,
- déclare avoir pris connaissance des conséquences de l'attribution d'une prestation d'aide sociale, explicitées au verso du dossier,
- autorise le Président du Conseil Départemental de la Gironde à solliciter auprès des administrations compétentes, toutes évaluations de mon patrimoine immobilier.

Fait à ..... Le .....

Signature :

[1] *Rayer les mentions inutiles*

AVIS MOTIVE DU MAIRE

.....

.....

Le Maire soussigné certifie que l'ensemble des renseignements a fait l'objet d'une vérification par le C.C.A.S.
Il atteste qu'à sa connaissance, le demandeur ne possède aucune autre source de revenus.

Fait à ..... Le .....

Signature et cachet

Gironde
LE DÉPARTEMENT

Direction Générale Adjointe Chargée de la solidarité

PREMIERE DEMANDE ☐	RENOUVELLEMENT ☐
MOTIF DE LA DEMANDE	
Services ménagers ..... ☐ Nom du service habilité sur le secteur	**Accueil en établissement** ..... ☐ Nom et adresse de l'établissement .....
Frais de repas en foyer restaurant ..... ☐ Nom du service habilité sur le secteur	**Accueil familial agréé** ..... ☐ Nom et adresse de l'accueillant .....

	DEMANDEUR	CONJOINT/CONCUBIN/PACS
Nom		
Prénoms		
Nom de jeune fille		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Situation familiale		
Profession ou activité		
N° de sécurité sociale		

Adresse actuelle et téléphone .....

.....

Depuis quelle date |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Adresse complète avant l'entrée en structure d'accueil :

.....

S'agissait-il : Du domicile ..... ☐ D'un établissement ..... ☐

D'un accueil par un accueillant familial ..... ☐ Autres ..... ☐

Dans le cas d'un établissement ou d'un accueil par un accueillant familial, préciser l'adresse précédente :

.....

Pour les étrangers : date de votre arrivée en France : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

A remplir uniquement s'il s'agit d'une demande d'aide sociale à l'hébergement pour personnes âgées :

Nombre d'obligés alimentaires ☐ Enfants ☐ Petits-enfants ☐

(Conjoint - Père - Mère - Enfants - Petits-enfants - Gendre - Belle-fille)

RESSOURCES ANNUELLES

	Montant annuel perçu par le demandeur	Montant annuel perçu par le conjoint, concubin, ou personne avec laquelle un PACS a été conclu	Autre personne
Régime			
Traitements et salaires			
Bénéfices commerciaux			
Revenus locatifs (capital immobilier)			
Revenus du capital (montant des intérêts de l'année précédente)			
Allocation logement ou APL			
Allocation Adulte Handicapé			
Allocation Solidarité personne âgée			
Rente accident du travail			
Pension d'invalidité			
RSA			
Pension alimentaire			
Rente viagère			
Autres			

MONTANT DE L'IMPOSITION		CHARGES MENSUELLES DU MENAGE	
NATURE	MONTANT	NATURE	MONTANT
Impôt sur le revenu	.....	Loyer pour le conjoint restant à domicile	.....
		Pension et/ou obligations alimentaires versées	.....
Taxe d'habitation	.....	Mutuelle ❑ oui ❑ non	.....
Taxes foncières	.....	Responsabilité civile ❑ oui ❑ non	.....
		Frais de tutelle ❑ oui ❑ non	.....
Taxe professionnelle	.....	Souscription contrat obsèques ❑ oui ❑ non	.....
		Autres charges (à préciser)	.....

PATRIMOINE DU FOYER

BIENS IMMOBILIERS

Joindre la matrice cadastrale et la taxe foncière pour chaque bien décrit

	BATI	NON BATI
	oui ❑ non ❑	oui ❑ non ❑
ADRESSES		

BIENS MOBILIERS, CAPITAUX PLACES ET EPARGNE *(joindre une attestation pour chaque établissement bancaire)*	NOM DE L'ETABLISSEMENT BANCAIRE	MONTANT
Comptes bancaires		
Livrets épargne (CODEVI, Livret épargne populaire,...)		
Assurances Vie		
Autres		

BIENS MOBILIERS OU IMMOBILIERS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE VENTE OU D'UNE DONATION PARTAGE

oui ❑ non ❑ **Si oui, joindre une copie de l'acte**

MEMBRES DE LA FAMILLE TENUS A L'OBLIGATION ALIMENTAIRE

A compléter et à joindre en cas de demande d'aide sociale aux personnes âgées pour la prise en charge des frais d'hébergement.

Nom actuel[1] Prénom	Date de naissance	Parenté	Situation familiale	Adresse et téléphone