

# Demande d'aide à domicile pour une personne âgée de 60 ans ou plus

ou pour les personnes de 55 ans ou plus (uniquement profils 2 et 3)

Cocher la case qui correspond (un seul choix possible - voir guide p. IV et V) :

- Profil n° 1 : demande d'aide à domicile aide sociale (remplir p. 1 à 8)
- Profil n° 2 : demande d'aide à domicile Carsat (remplir p. 1 à 5)
- Profil n° 3 : demande d'aide à domicile RSI (remplir p. 1 à 5)
- Profil n° 4 : demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes dépendantes (remplir p. 1 à 5)

## Cadre réservé au service instructeur

Dossier déclaré complet le :  par :

Les renseignements fournis dans ce dossier feront l'objet de la plus stricte confidentialité et ne seront utilisés que dans le cadre de l'instruction des demandes d'aide.

## 1 - Renseignements concernant le demandeur

► **Vous même**  Madame  Monsieur

Nom de naissance :  Nom marital :

Prénoms :

Né(e) le :  Tél.  Courriel :  @

À :  Département :

Nationalité :  Française  Autre pays d'Europe  Autre pays hors Europe

Date d'arrivée en France (pour les étrangers) :

N° de sécurité sociale :

Mutuelle ou assurance complémentaire :  OUI  NON

Si oui, nom de l'organisme :

N° d'affiliation :

Assurance dépendance :  OUI  NON - Si oui, nom de l'organisme :

N° d'affiliation :

Régime de retraite principal :

N° de retraite :

► **Adresse** (résidence principale)

Adresse actuelle :

Code postal :  Ville :

Date d'arrivée à l'adresse actuelle :

Propriétaire  Locataire  Usfruitier  Famille d'accueil  EHPAD

### Remplir ce cadre si le demandeur a changé de domicile depuis moins de trois mois

Adresse précédente :

Code postal :  Ville :

Date de départ de l'adresse précédente :

► **Situation de famille**

Célibataire  Marié(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf/Veuve  Vie maritale  Pacsé(e)

## Remplir ce cadre si le demandeur fait l'objet d'une mesure de protection

Le demandeur fait-il l'objet d'une :  tutelle     curatelle     sauvegarde de justice     MAJ

-> joindre une copie du jugement     Habilitation familiale

Nom et prénom du représentant légal ou nom de l'organisme .....

Adresse : .....

Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]    Ville : .....

## ► Votre conjoint, concubin ou pacsé

Nom de naissance : .....

Prénoms : .....

Adresse actuelle : .....

Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]    Ville : .....

Né(e) le : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] À .....

Département : .....

Nationalité :     Française     Autre pays d'Europe     Autre pays hors Europe

N° de sécurité sociale : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Le conjoint est-il retraité ?     OUI     NON    Régime principal : .....

Numéro de retraite : .....

Le conjoint est-il en activité ?     OUI     NON

Le conjoint est-il hébergé en établissement ?     OUI     NON

En cas de décès du conjoint, précisez la date : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Autres personnes vivants au foyer :

| Nom, prénom | Date de naissance              | Situation | Lien de parenté |
|-------------|--------------------------------|-----------|-----------------|
| .....       | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | .....     | .....           |
| .....       | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | .....     | .....           |
| .....       | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | .....     | .....           |
| .....       | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | .....     | .....           |

## ► Le contexte de votre demande d'aide

*Afin de nous permettre de traiter au mieux votre demande, merci de bien vouloir nous préciser les éléments suivants :*

> Déposez-vous cette demande pour faire réaliser des travaux d'adaptation dans votre logement ?  OUI     NON

> Vivez-vous seul à votre domicile ?  OUI     NON

> Avez-vous des difficultés d'accès ou de déplacement au sein de votre logement ?  OUI     NON

> Avez-vous au moins deux contacts avec votre famille, vos amis, votre voisinage dans la semaine ?  
(hormis la personne avec laquelle vous vivez)  OUI     NON

> Lors des 6 derniers mois :  
- avez-vous été hospitalisé ?  OUI     NON

- avez-vous fait une chute ?  OUI     NON

- avez-vous connu un changement dans votre vie ?  OUI     NON

(Décès ou placement dans une maison de retraite d'un proche vivant sous le même toit)

> Vivez-vous avec une personne dépendante ?  OUI     NON

## 2 - Ressources du foyer, IMPOSABLES ou NON

Merci d'indiquer vos ressources mensuelles même si vous les percevez trimestriellement ou annuellement.

### A - Pensions, retraites principales, rentes, allocations

| Retraite de base                         | Titulaires | N° de retraite | Nombre de trimestres | Nature du droit (1) | MONTANT mensuel |
|--|------------|----------------|----------------------|---------------------|-----------------|
| Régime général Sécurité sociale          | Demandeur  | .....          | .....                | .....               | .....€          |
|  | Conjoint   | .....          | .....                | .....               | .....€          |
| Régime agricole (salariés)               | Demandeur  | .....          | .....                | .....               | .....€          |
|  | Conjoint   | .....          | .....                | .....               | .....€          |
| Régime de non-salariés                   | Demandeur  | .....          | .....                | .....               | .....€          |
|  | Conjoint   | .....          | .....                | .....               | .....€          |
| Autres régimes salariés                  | Demandeur  | .....          | .....                | .....               | .....€          |
|  | Conjoint   | .....          | .....                | .....               | .....€          |
| Régimes étrangers                        | Demandeur  | .....          | .....                | .....               | .....€          |
|  | Conjoint   | .....          | .....                | .....               | .....€          |
| Allocation pour Adultes Handicapés (AAH) | Demandeur  |                |                      |                     | .....€          |
|  | Conjoint   |                |                      |                     | .....€          |
|  |            |                |                      | <b>TOTAL</b>        | .....€          |

(1) Droit Personnel (P) ou avantage de réversion (R)

### B - Retraites complémentaires

| Titulaires       | Nom des organismes (pour l'IRCANTEC, précisez le n° d'allocataire) | MONTANT mensuel |
|------------------|--|-----------------|
| <b>DEMANDEUR</b> | .....  | .....€          |
|                  | .....  | .....€          |
|                  | .....  | .....€          |
|                  | .....  | .....€          |
|                  | .....  | .....€          |
| <b>CONJOINT</b>  | .....  | .....€          |
|                  | .....  | .....€          |
|                  | .....  | .....€          |
|                  | .....  | .....€          |
|                  | .....  | .....€          |
| <b>TOTAL</b>     |  | .....€          |

### C - Biens immobiliers

| Biens immobiliers bâtis ou non bâtis | Le demandeur | Le conjoint ou concubin ou la personne ayant conclu un pacs |
|--------------------------------------|--------------|---|
| Nature et adresse                    |              |   |
| Nature et adresse                    |              |   |
| Nature et adresse                    |              |   |

### D - Biens mobiliers

|   | Nom des organismes bancaires ou d'assurance | MONTANT |
|---|---|---------|
| Bons du Trésor / Bons au porteur                        | ..... €                                     | ..... € |
| Assurance vie (relevé annuel)                           | ..... €                                     | ..... € |
| Capital dormant* : objets d'art, bateaux, chevaux, etc. |   |         |

\* Ne pas mentionner les livrets A, PEL, PEA, Livret Développement Durable

## 3 - Situation au regard des aides légales et extra-légales

Percevez-vous l'une de ces aides ?

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Aide à domicile aide sociale                         | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Aide à domicile des Caisses de retraite              | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)           | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Prestation de Compensation du Handicap (PCH)         | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Majoration pour Tierce Personne (MTP)                | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Si oui, indiquez la date depuis laquelle vous percevez cette aide : \_\_\_\_\_ et joindre un justificatif.

Si non, précisez si pour ces aides :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas déposé de demande | <input type="checkbox"/> Votre demande est en cours d'instruction |
| <input type="checkbox"/> Votre demande a été rejetée       | <input type="checkbox"/> Vous en avez refusé l'attribution        |

## 4 - Référent souhaitant être présent ou être contacté le cas échéant pour la visite d'évaluation à domicile.

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ N° de téléphone portable : \_\_\_\_\_

Cette personne est :  un membre de votre famille  un ami, un proche  votre tuteur ou curateur  
 votre médecin traitant

Courriel : .....@.....

## 5 - Renseignements concernant les proches aidants

Ce volet du dossier de demande vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, qu'on dénommera "aidants" dans ce qui suit. Son remplissage est facultatif.

Nom prénom de votre aidant : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_ Lieu de Résidence : \_\_\_\_\_

Nature du lien \_\_\_\_\_ Nature de l'aide : \_\_\_\_\_

Durée et périodicité de l'aide : \_\_\_\_\_

Courriel : ..... @ .....

## 6 - Demande d'une carte mobilité inclusion (CMI)

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI comportant la mention "invalidité" prévue à l'article L 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles :  oui  non

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI comportant la mention "priorité" prévue à l'article L 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles :  oui  non

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI comportant la mention "stationnement pour personne handicapée" prévue à l'article L 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles :  oui  non

## 7 - Pièces justificatives

**Vous venez de remplir votre demande d'aide. Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre :**

- une photocopie d'une pièce d'identité (carte d'identité ou livret de famille)
- pour les étrangers, les justificatifs de la durée de résidence en France (photocopie du titre de séjour) ;
- un relevé d'identité bancaire (RIB) ;
- une photocopie du dernier avis d'imposition sur le revenu (complet et recto-verso), et les derniers avis de toutes les taxes foncières sur les propriétés bâties ou non bâties ;
- la copie du relevé annuel de l'assurance vie et toute pièce justificative du capital dormant ;
- la copie du jugement de curatelle, de tutelle, de sauvegarde de justice, de l'habilitation familiale ou de MAJ, le cas échéant.

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.**

**Je m'engage :**

- à signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint, ainsi que tout changement de domicile ;
- à faire connaître toute modification de ma situation au regard de l'APA, de l'ACTP, de la PCH, de la MTP ou de l'aide ménagère ;
- à rembourser les sommes éventuelles versées à tort ;
- à faciliter toute enquête.

J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à l'organisme compétent pour le traiter.

À : ..... le : .....

**SIGNATURE :**

**Si vos ressources sont inférieures au plafond d'attribution de l'aide sociale (PROFIL n° 1 UNIQUEMENT), complétez cette partie jaune et signez à nouveau.**

**A - Tableau des autres ressources du foyer (joindre les justificatifs des derniers paiements)**

| Nature  | Titulaire<br>montant mensuel | Conjoint<br>montant mensuel |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| Salaires, revenus professionnels non salariaux  | .....                        | .....                       |
| Allocation de chômage, de préretraite   | .....                        | .....                       |
| Indemnités journalières de sécurité sociale, maternité, accidents du travail          | .....                        | .....                       |
| Rentes accident du travail  | .....                        | .....                       |
| Rentes pensions d'invalidité  | .....                        | .....                       |
| Pensions veuve de guerre  | .....                        | .....                       |
| Pensions militaires, y compris ascendants   | .....                        | .....                       |
| Rentes viagères   | .....                        | .....                       |
| Revenus locatifs, fermages  | .....                        | .....                       |
| Revenus mobiliers nets  | .....                        | .....                       |
| Revenus soumis au prélèvement libératoire   | .....                        | .....                       |
| Allocation spéciale vieillesse ou d'aide sociale                                      | .....                        | .....                       |
| Allocation compensatrice pour tierce personne ou Prestation Compensatrice du Handicap | .....                        | .....                       |
| Indemnités viagères de départ   | .....                        | .....                       |
| Pensions alimentaires   | .....                        | .....                       |
| Autres  | .....                        | .....                       |

**B - Tableau des biens mobiliers et épargne - personnes âgées et personnes handicapées - toutes formes d'aides** (joindre les justificatifs de la situation bancaire y compris le détail des intérêts).

NOM - PRÉNOM DU TITULAIRE DES COMPTES : .....

|  | Nom des organismes bancaires | MONTANT |
|--|------------------------------|---------|
| Compte courant   | .....                        | .....€  |
| Livret A   | .....                        | .....€  |
| Livret B   | .....                        | .....€  |
| Livret de développement durable<br>(ex CODEVI)   | .....                        | .....€  |
| Livret d'Épargne Populaire   | .....                        | .....€  |
| SICAV  | .....                        | .....€  |
| Bons du Trésor   | .....                        | .....€  |
| Obligations  | .....                        | .....€  |
| Actions  | .....                        | .....€  |
| Assurance vie<br>(copie du contrat avec le nom<br>du bénéficiaire et date d'effet<br>du contrat) | .....                        | .....€  |
| Autres (préciser)  | .....                        | .....€  |

**Conséquence de l'admission à l'aide sociale (profil n° 1 uniquement)**

En cas d'admission à l'aide sociale, des recours sont exercés par le Département, conformément à l'article L132-8 du CASF :

- a. CONTRE LA SUCCESSION du bénéficiaire à son décès  
→ Si l'actif net successoral est supérieur à 46 000 € et pour les sommes supérieures à 760 €.
- b. CONTRE LE DONATAIRE, c'est-à-dire bénéficiaire d'une donation sans qualité d'héritier ni seuil de récupération  
→ Lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les dix ans qui ont précédé cette demande (ou sans application de délai si l'acte comporte une clause particulière).

**Il est à noter que l'assurance vie peut être assimilée à une donation.**

- c. CONTRE LE BÉNÉFICIAIRE DIT « REVENU À MEILLEURE FORTUNE »  
→ Exemple : sans qualité d'héritier ni seuil de récupération, bénéficiaire d'une vente, d'un héritage, toute augmentation de patrimoine
- d. CONTRE LE LÉGATAIRE  
→ C'est-à-dire bénéficiaire d'un legs dans le cadre d'un testament, sans qualité d'héritier ni seuil de récupération

POUR TOUS CES RECOURS (a, b, c, d), le Département ne récupère pas plus que l'actif net successoral disponible (soit de la succession, soit de la donation, soit du legs, soit de la vente ou héritage) et pas plus que les sommes versées.

À : ..... le : .....

SIGNATURE (\*)  
Profil n°1 uniquement

(\*) Faire précéder la signature de la mention « *lu et approuvé* »

---

**Avis motivé sur les avantages sollicités**

Le Président du Conseil d'Administration du Centre Communal d'Action Sociale.