



PERSONNES ÂGÉES

PERSONNES HANDICAPÉES

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE

*À remplir par le CCAS ou la Direction Vie en Établissement,
Service Gestion des dispositifs*

Canton

Commune

(Pour Lyon arrondissement)

Dossier déposé le

Précisez s'il s'agit :

d'une première 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

(prestataire, certificat
médical)

Aide aux personnes
handicapées

Frais d'hébergement

Accueil familial

Accueil de jour

Aide ménagère

(prestataire, certificat
médical)

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 :

Numéro CAF :

En l'absence de N° CAF, une demande d'APL ou d'ALS a-t-elle été déposée ? oui non

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

Adresse mail :

Adresse de l'établissement :

..... 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

Adresse du mandataire (tuteur) :

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		Frais de tutelle	
Revenus du capital annuels (intérêts, dividendes...)		Frais de mutuelle	
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^{ère} 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 mensuelles au logement			

2^{ème} 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 hébergé en établissement pour personnes handicapées avant **l'âge de 60 ans** ou si la **commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées** (ou tout autre organisme compétent) lui a reconnu un taux **d'incapacité d'au moins 80 %** avant **l'âge de 65 ans**, ne pas remplir le point 5.

5. Renseignements concernant les membres de la famille tenus à la dette alimentaire (conjoins, 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