



# PERSONNES HANDICAPÉES

## AIDE SOCIALE

- 1ÈRE DEMANDE  
 RENOUELEMENT

## ACCUEIL DES PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES EN ÉTABLISSEMENTS OU SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

### FORMULAIRE AIDE SOCIALE ÉTABLISSEMENT

À transmettre au centre communal d'action sociale du domicile de secours

#### Renseignements concernant le demandeur de l'aide sociale :

Nom : -----  
Nom de jeune fille : -----  
Prénoms : -----  
Adresse : -----  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Mail :-----@-----  
Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Tuteur :  oui  non

#### Renseignements concernant le tuteur :

Nom : -----  
Prénoms : -----  
Adresse : -----  
Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Lien de parenté avec le demandeur : -----  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Mail :-----@-----

#### Orientation CDAPH (joindre la copie de la notification CDAPH) :

Statut :  Travailleur,  Non travailleur  
en stage :  oui  non Si oui, période de stage :-----

**L'établissement d'accueil :**

Nom : -----

Adresse : -----

N° FINESS : ----- date d'entrée du demandeur : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

- Prise en charge :
- Accueil de jour P.J. ----- €
  - Foyer d'hébergement P.J. ----- €
  - Foyer appartement P.J. ----- €  
→ La personne s'acquitte d'un loyer auprès de l'établissement :  oui  non
  
  - Foyer de vie P.J. ----- €
  - Foyer d'accueil médicalisé P.J. ----- €
  - Creton Internat P.J. ----- €
  - Creton Semi-Internat P.J. ----- €
  - Creton Internat Séquentiel P.J. ----- €

L'intéressé(e) bénéficie-t-il(elle) d'un autre placement ?

- oui - Lequel ?  Hébergement  Accueil de jour  ESAT  Autre : \_\_\_\_\_
- non

**Ressources du demandeur :**

Indiquer les montants dont vous avez connaissance et joindre les justificatifs en votre possession.

**Ressources** (Salaire, AAH, APL, ALS...) :

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature de l'intéressé (e)  
ou de son représentant légal (1) :

Cachet de l'établissement :

*(Mention obligatoire)*

Signature :

**Cet imprimé complète la demande d'aide sociale déposée  
par la personne handicapée ou son représentant légal au C.C.A.S  
(Cf. liste des pièces à joindre à la demande d'aide sociale)**