





## 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 montant mensuel	Conjoint 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 (ex CODEVI)	.....	.....€
Livret d'Épargne Populaire	.....	.....€
SICAV	.....	.....€
Bons du Trésor	.....	.....€
Obligations	.....	.....€
Actions	.....	.....€
Assurance vie (copie du contrat avec le nom du bénéficiaire et date d'effet 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.