



Département du Nord

**DIRECTION GENERALE
DE L'ACTION SOCIALE**

Direction de la Solidarité
aux Personnes Agées et
aux Personnes Handicapées
59047 LILLE CEDEX

VOUS-MEME :

(la personne qui souhaite bénéficier de l'aide sociale)
(une demande doit être établie par personne)

Votre nom : _____
(nom de naissance, suivi s'il y a lieu de votre nom d'épouse ou d'époux.)

Votre prénom : _____

Votre commune : _____ **N° INSEE :** _____ **Code postal :** _____

Votre canton : _____ **N° INSEE :** _____

(il s'agit du nom de la commune ou du canton où vous résidez actuellement,
ou de ceux de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile.)

**Demande d'aide sociale
au bénéfice d'une personne de moins de 60 ans,
à domicile ou en établissement**

Vous souhaitez une aide sociale :

- aide ménagère
 restauration
 hébergement

- ACTP
 ACFS

Cette demande est déposée auprès de l'organisme suivant :

le C. C. A. S. de : _____

Date de constitution du dossier (à
indiquer par le CCAS SVP) :

Date d'arrivée du dossier dans le
service départemental :

Réservé à l'administration

N° DOSSIER :

Réservé à l'administration

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT LE CONCUBIN PACS
NOM DE NAISSANCE		
NOM D'EPOUSE		
PRENOM		
DATE ET LIEU DE NAISSANCE		
NUMERO DE SECURITE SOCIALE		
NATIONALITE (française, ressortissant Union Européenne, autres ...)		
SITUATION DE FAMILLE (marié, divorcé, veuf, pacs, célibataire, séparé...)		
REGIME DE RETRAITE PRINCIPAL		
PROFESSION DU CONJOINT SI NON RETRAITE		
RESSOURCES ANNUELLES (en EUROS) :		
- Salaires :	_____	_____
- Pensions et Retraites : (indiquez le montant déclaré figurant sur la 1ère ligne de l'avis d'imposition ou non imposition)	_____	_____
- Revenus capitaux mobiliers :	_____	_____
- Revenus de capitaux soumis au prélèvement libératoire :	_____	_____
- Autres :	_____	_____

VOTRE ADRESSE ACTUELLE : _____

Indiquez SVP votre ☎ n° de téléphone personnel (non obligatoire) : _____

- Précisez s'il s'agit (cochez les cases correspondantes SVP) :

- du domicile propriétaire
 locataire

de l'établissement

de l'adresse de la personne qui vous accueille à domicile dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989

d'un organisme agréé auprès duquel vous avez élu domicile

- Indiquez votre adresse précédente (établissement ou domicile personnel) en précisant la date de déménagement :

- Indiquez le cas échéant l'existence d'une mesure de protection judiciaire :

(si oui, veuillez joindre la photocopie du jugement)

- sauvegarde de justice
 curatelle
 tutelle

-Nom, adresse et n° de téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la mesure : _____

- Notez ci-dessous les noms et adresses de vos parents et enfants tenus à l'obligation alimentaire :

Si vous-même ou votre conjoint (ou concubin ou partenaire pacs) percevez une aide ci-dessous, cochez la case correspondante :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - l'allocation compensatrice pour tierce personne | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - la prestation spécifique dépendance | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - l'aide ménagère aide sociale | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - la majoration spéciale pour tierce personne | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

**PATRIMOINE DU FOYER (demandeur, conjoint, concubin, ou partenaire en pacs)
(en EUROS)**

COMPTES COURANTS, LIVRETS ET COMPTES D'ÉPARGNE			CAPITAL PLACÉ (obligations, actions, etc...)	
Numéro du livret ou du compte	Montant actuel du capital placé	Intérêts	Montant	Revenus

BIENS FONCIERS OU IMMOBILIERS

oui non Si oui : joindre la photocopie de votre dernier avis de taxe foncière bâtie ou non bâtie.
(cochez les cases correspondantes)

<u>Nature des biens et adresses</u> Ex : Maison, appartement, terrains, terres agricoles...	<u>Usage actuel</u> Ex : Occupé par le demandeur, Occupé à titre gratuit, Location, en fermage ou inoccupé...	<u>Montant des revenus procurés par le bien</u>

- Précisez les nom et adresse de votre (vos) notaire(s) :

- Avez-vous fait une donation, un partage ou une vente dans les dix années précédent cette demande (cochez la case correspondante) ?

oui non Si oui, veuillez joindre la copie intégrale de l'acte notarié

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre ou en ma qualité de représentant, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre de cette demande d'aide sociale.

Fait à : _____ Le : _____ Signature :

--

PIECES A JOINDRE A CE DOSSIER

Veillez veiller, avec l'aide de l'agent de votre centre communal d'action sociale, à joindre toutes les pièces justificatives d'état civil, de ressources, de charges, de patrimoine, concernant les obligations alimentaires ou encore les jugements de tutelle.

RESERVE A L'ADMINISTRATION

I - AVIS DU MAIRE : _____

II - LIBELLE ET DATE DE LA DECISION DE LA COMMISSION CANTONALE :

III - LIBELLE ET DATE DE LA DECISION DU PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL :

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives sont informées que :

1 - Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.

2 - Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.

3 - En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser pour l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, en justifiant de votre identité, à :

Monsieur le Président du Conseil Général du Nord
Direction de la Solidarité aux Personnes Agées et aux Personnes Handicapées
Hôtel du Département
51 rue Gustave Delory - 59047 Lille Cedex.

Grille d'évaluation des besoins en aide ménagère

(pièce à joindre à chaque demande)

Nom du service :

Numéro :

Nom de l'enquêteur :

Nom de famille : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Nombre d'heures mensuelles :

Demandées Attribuées Effectuées

Personne seule Couple Autre cas (préciser)

Le conjoint bénéficie-t-il d'un service d'aide ménagère Oui Non

Si oui, nombre d'heures mensuelles

La demande résulte-t-elle d'une situation exceptionnelle durable

Entourer les réponses valables :

A - Peut-il :

a1 - se lever seul de son lit ou d'un fauteuil

a2 - faire sa toilette courante et s'habiller seul

a3 - marcher seul chez lui ou se déplacer convenablement en fauteuil roulant

a4 - sortir seul de son logement dans l'extérieur immédiat

a5 - sortir seul dans le quartier ou le village

Le Demandeur			Le Conjoint		
Oui	Avec difficultés	Non	Oui	Avec difficultés	Non
0	15	30	0	15	30
0	15	30	0	15	30
0	15	30	0	15	30
0	15	30	0	15	30
0	15	30	0	15	30
Total A1 <input type="checkbox"/>			Total A2 <input type="checkbox"/>		

B - Une personne vivant au foyer (*) au moins peut-elle :

b1 - faire les courses seule

b2 - préparer les repas

b3 - faire le ménage hors gros travaux et entretenir le linge

Oui	Avec difficultés	Non	
0	15	30	Total B <input type="checkbox"/>
0	15	30	Total A1-B <input type="checkbox"/>
0	15	30	Total A1-A2-B <input type="checkbox"/>

(*) le demandeur, son conjoint, ou une autre personne vivant au foyer, ou éventuellement un service extérieur organisé

SERVICES ET PRESTATIONS :

Bénéficie-t-il :	LE DEMANDEUR		LE CONJOINT	
f1 - d'un service de soins à domicile	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
f2 - d'hospitalisation à domicile	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
f3 - d'un service de portage des repas ou foyer restaurant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
		<input type="checkbox"/> pour certains repas		<input type="checkbox"/> pour certains repas
f4 - d'un service de lavage du linge	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
f5 - d'un hébergement en foyer logement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
f6 - d'une intervention à domicile du secteur d'hygiène mentale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
f7 - d'une allocation compensatrice ou d'une majoration pour tierce personne	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

	LE DEMANDEUR		LE CONJOINT	
Existence de troubles importants de la mémoire rendant les tâches de la vie courante difficiles ou impossibles.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Observations de l'enquêteur sur la situation particulière ou provisoire du demandeur :

DIRECTION DES
AFFAIRES SANITAIRES ET
SOCIALES

Décret du 29 Novembre 1953
Loi 75.534 du 30 juin 1975

SOUS-DIRECTION DES ACTIONS
et de l'AIDE SOCIALE

Service de l'Aide Sociale

Cité Administrative
B.P. 2008 LILLE CEDEX

CERTIFICAT MEDICAL

A PRODUIRE A L'APPUI D'UNE DEMANDE

a) Nom, prénoms et adresse du médecin
consulté

b) Nom, prénoms et adresse du
postulant

c) Date de naissance du postulant

d) Nature de la maladie ou le l'infirmité
Diagnostic très détaillé permettant
de chiffrer le degré d'invalidité
permanente évalué d'après le guide-
barème des invalidités applicables
au titre du code des pensions mili-
taires (1).

e) Le postulant est-il définitivement
inapte à tout travail ?

Si oui, par quel organisme a-t-il été
reconnu :

- sécurité sociale ?
- CDES ?
- COTOREP ?
 - à quel taux ?
 - quelle catégorie ?

f) Fait-il encore l'objet d'une scolarité
ou d'une formation professionnelle
et dans quel établissement ?

(1) Pour les affectations oculaire, le degré de vision est apprécié après correction.

g) La station debout est-elle pénible ?

h) La maladie ou l'infirmité est-elle ?

- congénitale ?

- acquise ?

Depuis quelle date ?

i) L'infirmité résulte-elle d'un accident ?

S'agit-il d'un accident de travail ?

S'agit-il d'une maladie professionnelle ?

S'agit-il d'un accident de la circulation ?

Dans l'éventualité d'une maladie ou d'un accident donnant lieu à une indemnisation, préciser le taux d'IPP reconnu

j) Le postulant est-il hospitalisé ou placé actuellement ?

Vient-il de l'être récemment ?

Dans quel établissement ?

k) L'intéressé a-t-il besoin de l'aide constants d'une tierce personne pour accomplir les actes élémentaires de la vie ?

AUTONOMIE

- | | | |
|-------------------------|-----|-----|
| - S'assoit-il ? | oui | non |
| - Marche-t-il ? | oui | non |
| - Parle-t-il ? | oui | non |
| - S'habille-t-il seul ? | oui | non |
| - mange-t-il seul ? | oui | non |

ASSISTANCE

L'état de la personne nécessite-t-il :

- | | | |
|------------------------------------|-----|-----|
| - l'aide d'une tierce personne | oui | non |
| - constante ? | oui | non |
| - quotidienne mais discontinue ? | oui | non |
| - ou d'autres mesures (à préciser) | | |

Certifié exact.

A _____, le _____

Signature du médecin