



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 60 ans ou plus,
à domicile ou en établissement**

Vous souhaitez une aide sociale :

aide ménagère

hébergement

restauration

ACTP

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

- 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'EPARGNE			CAPITAL PLACE (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
0	15	30
0	15	30
Total B <input type="checkbox"/>		
Total A1-B <input type="checkbox"/>		
Total A1-A2-B <input type="checkbox"/>		

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

ISOIEMENT :

c1 - famille : à domicile ou à proximité

éloignée ou inexistante ou indifférente

c2 - voisinage : disponible peu disponible inexistant ou indifférent

c3 - Habitat : rural regroupé ou ville rural dispersé

Logement :

d1 - situation : rez de chaussée ou ascenseur 1er étage ou sous-sol étage

d2 - commerces : à proximité éloignés ou difficile d'accès très éloigné ou très difficile d'accès

d1 et d2 ne donnent des points que s'il y en a en a4, en a5 ou en b1.

Confort du logement :

e1 - eau courante : à domicile à l'extérieur

e2 W.C. : intérieur à l'extérieur ou inexistant

e3 - difficultés d'approvisionnement et d'entretien du chauffage

Total général A1 + B + C + D + E

Total C + D + E

Total général A1 + A2 + B + C + D + E

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 pour certains repas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non 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 :

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