



Finistère
Penn-ar-Bed

IMPRIMÉ N°1

N° de FOYER

N° de CLASSOTHÈQUE

Réservé aux services départementaux

COMMUNE DE :

Dossier d'aide sociale départementale

Services ménagers	PA	
	PH	

Aide à l'hébergement	PA	
	PH	

Placement familial	PA	
	PH	

1 - PERSONNE POUR LAQUELLE L'AIDE EST SOLLICITÉE

DEMANDEUR

M. M^{me}

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : | | | | | | | |

Nationalité :

Lieu de naissance :

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Séparé(e) Concubinage Pacsé(e)

CONJOINT(e), CONCUBIN(e), PACSÉ(e)

M. M^{me}

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : | | | | | | | |

Nationalité :

Lieu de naissance :

Régime matrimonial :

Bénéficiaire de l'aide sociale OUI NON

Numéro de dossier :

2 - ADRESSE DU DEMANDEUR (Domicile, EHPAD, ..)

Adresse actuelle

Date d'arrivée	Numéro et voie	Commune

Adresses précédentes

Date d'arrivée	Date de départ	Numéro et voie	Commune

Date d'arrivée en France pour les étrangers :

(joindre copie carte de séjour ou titre de séjour en cours de validité)

3 - PERSONNE RÉFÉRENTE (Personne à joindre)

M. M^{me}

Adresse :

Nom :

Prénom : Lien avec le demandeur :

Numéro de téléphone : | | | | | | | | Adresse mail :

4 - RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DEMANDEUR

Mesure de protection OUI NON

Tutelle Curatelle Habilitation familiale

Nom du représentant légal : Lien de parenté :

Coordonnées du représentant légal :

Demande de mesure en cours OUI NON depuis le : | | | | | | | | | |

N° de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Régime :

Organisme de prestation familiale :

- *L'instruction de la demande repose sur les principes en vigueur dans le Code de l'action sociale et des familles en fonction du type d'aide sollicitée (services ménagers, aides à l'hébergement...) et du statut du demandeur (personne âgée ou personne handicapée).*
- *Durant la période d'instruction de son dossier, le demandeur, accompagné le cas échéant d'une personne de son choix ou de son représentant légal, peut demander à être entendu par les services concernés, préalablement à la décision du Président du Conseil départemental (art. R 131-1 du Code de l'action sociale et des familles).*

Traitement des données

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à l'instruction de votre demande d'aide sociale. Ce traitement s'inscrit dans le cadre d'une mission de service public. Les données enregistrées sont celles liées aux formulaires ainsi que les informations que vous avez librement fournies. Elles sont destinées aux services instructeurs du Département.

Les données et catégories de données sont celles énumérées à l'article Art. R.232-41 du Code de l'action sociale et des familles.

L'article R. 232-44 du CASF liste les catégories de personnes pouvant accéder aux données pour la gestion des aides.

Les décisions sont notifiées à la personne ayant formulé la demande d'aide ainsi via le CCAS /la mairie ayant accompagné la constitution du dossier.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et à l'article Art. R.232-46 du Code de l'action sociale et des familles.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, modifiée, et au Règlement général sur la protection des données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une obligation législative. L'ensemble des demandes doit être adressé en justifiant de votre identité au Délégué à la protection des données – Direction général des services – 32, boulevard Duplex – 29000 Quimper ou par courriel : donneespersonnelles@finistere.fr

Les fraudes ou fausses déclarations

Le fait de percevoir ou de tenter de percevoir l'aide sociale de manière frauduleuse est puni des peines d'escroquerie prévues à l'article L 313-1 du Code pénal soit 5 ans d'emprisonnement et 375 000 € d'amende à titre principal (article L135-1 du Code de l'action sociale et des familles).

Les faux, usage de faux, et déclaration mensongère sont sanctionnés par 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amendes (articles 441-1 du Code pénal).

Le fait de fournir sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans une déclaration exigée en vue d'obtenir d'une collectivité un paiement ou un avantage indu est puni de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende (article 441-6 du Code pénal).

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration, et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

Date :

*Signature du demandeur
ou du représentant légal*



Finistère
Penn-ar-Bed

IMPRIMÉ N° 2

Attestation sur l'honneur

État du patrimoine du demandeur d'aide sociale

Nature de l'aide sollicitée : **Services ménagers** **Aide à l'hébergement**

Je soussigné(e) : M. M^{me} **Nom** : **Prénom** :

Le cas échéant représentant(e)

Atteste sur l'honneur que l'état de l'ensemble de mon (son) patrimoine se compose de la façon suivante :

PATRIMOINE IMMOBILIER/MOBILIER

Être propriétaire	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	<i>Joindre un relevé de propriété et une copie de l'avis de taxe foncière</i>
Avoir vendu mes biens	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	<i>Joindre la copie de l'acte</i>
Avoir fait une donation	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	<i>Joindre une copie de l'acte ⁽¹⁾ Don manuel <input type="checkbox"/></i> <i>Immobilier <input type="checkbox"/></i>
Avoir fait un legs	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	<i>Joindre une copie de l'acte ⁽¹⁾</i>
Disposez-vous de produits financiers	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	<i>Compléter la fiche n°4 et joindre les relevés des capitaux placés</i>

1) si vous demandez la prise en charge des frais d'hébergement en établissements spécialisés pour personnes handicapées, vous n'avez pas à produire ces documents.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant au présent dossier.

Je reconnais avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de déclaration inexacte ou incomplète.

Fait à le

Signature du demandeur ou de son représentant légal

Article L 133-6 du Code de l'action sociale et des familles : « Le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir des prestations au titre de l'aide sociale sera puni des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code pénal et entraînera le remboursement des prestations indûment perçues »



Finistère
Penn-ar-Bed

IMPRIMÉ N°3

Les conséquences de l'ouverture du droit à l'aide sociale et autres prestations

PERSONNES ÂGÉES							
	Obligation alimentaire (art 205 et suivants du Code civil)	Récupération sur succession	Récupération contre légataire (1)	Récupération contre donataires (2) (si donation faite posté- rieurement à la demande ou dans les 10 ans qui l'ont précédée)	Hypothèque R 132-13 à 16 CASF	Récupération sur les bénéficiaires revenus à meilleure fortune (s'exerce du vivant du bénéficiaire)	Contrats d'assurance-vie (3) (s'exerce à titre subsidaire)
Services ménagers Art L 132-8, R 132-11 et 12 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)	Non	OUI sur l'actif net successoral (4) supérieur à 46 000 €, après abattement des 760 premiers euros de la dépense	OUI sur l'actif net successoral supérieur à 46 000 €, après abattement des 760 premiers euros de la dépense Sauf legs à titre particulier : récu- pération au 1 ^{er} €	OUI au 1 ^{er} €	Non	OUI au 1 ^{er} €	OUI au 1 ^{er} €
Aide à l'hébergement Art L 132-8 du CASF	Oui	OUI au 1 ^{er} €	OUI au 1 ^{er} €	OUI au 1 ^{er} €	OUI en cas de possession d'un bien immobilier d'une valeur = ou > à 1500 €	OUI au 1 ^{er} €	OUI au 1 ^{er} €
Prestation spécifique dépendance (PSD) Art L 132-8, R 132-11 et 12 du CASF et délibération n°7 du 06/05/1999	Non	OUI sur l'actif net successoral supérieur à 61 000 € (5), après abattement des 760 premiers euros de la dépense	OUI sur l'actif net successoral supérieur à 61 000 € après abattement des 760 premiers euros de la dépense Sauf legs à titre particulier : récu- pération au 1 ^{er} €	OUI si la valeur totale de la donation est supérieure à 61 000 €	Non	OUI au 1 ^{er} €	OUI au 1 ^{er} €
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) Art L 232-19 du CASF	Non	NON À l'exception des sommes indûment perçues	Non	Non	Non	Non	Non

(1) Article R 132-11 du CASF : « En cas de legs, le recours est exercé jusqu'à concurrence de la valeur des biens légués au jour de l'ouverture de la succession ».

Seuil applicable aux légataires universel et à titre universel, qui sont assimilables aux héritiers en droit des successions.

(2) Article R 132-11 du CASF : « En cas de donation, le recours est exercé jusqu'à concurrence de la valeur des biens donnés par le bénéficiaire de l'aide sociale, appréciée au jour de l'introduction du recours, déduction faite, le cas échéant, des plus-values résultant des impenses ou du travail du donataire ».

(3) Article L 132-8 du CASF « Contre le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie souscrit par le bénéficiaire de l'aide sociale, à concurrence de la fraction des primes versées après l'âge de soixante-dix ans. Quand la récupération concerne plusieurs bénéficiaires, celle-ci s'effectue au prorata des sommes versées à chacun de ceux-ci ».

(4) L'actif net successoral est déterminé en déduisant de l'actif brut l'ensemble des éléments du passif grevant la succession.

(5) Seuil de 61 000 € fixé à titre dérogatoire, en application de l'article L 121-4 du CASF.

PERSONNES HANDICAPÉES							
	Obligation alimentaire (art 205 et suivants du Code civil)	Récupération sur succession	Récupération contre légataire (1)	Récupération contre donataires (2) (si donation faite postérieurement à la demande ou dans les 10 ans qui l'ont précédée)	Hypothèque R 132-13 à 16 CASF	Récupération sur les bénéficiaires revenus à meilleure fortune (s'exerce du vivant du bénéficiaire)	Contrats d'assurance-vie (3) (s'exerce à titre subsidiaire)
Services ménagers Art L 241-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)	Non	OUI sur l'actif net successoral(4) supérieur à 46 000 €, après abattement des 760 premiers euros de la dépense, sauf si les héritiers sont : - le conjoint, - les enfants, - la personne qui a assumé, de manière effective et constante, la charge de la personne en situation de handicap	OUI sur l'actif net successoral supérieur à 46 000 €, après abattement des 760 premiers euros de la dépense, sauf si les héritiers sont : - le conjoint, - les enfants, - la personne qui a assumé, de manière effective et constante, la charge de la personne en situation de handicap Sauf legs à titre particulier : récupération au 1 ^{er} €	OUI au 1 ^{er} €	Non	OUI au 1 ^{er} €	OUI au 1 ^{er} €
Aide à l'hébergement Art L 344-5 et L 242-10 du CASF	Non	OUI Au 1 ^{er} € de dépense Sauf si les héritiers sont : - le conjoint, - les enfants, - les parents, - la personne qui a assumé, de manière effective et constante, la charge de la personne en situation de handicap	Non	Non	OUI en cas de possession d'un bien immobilier d'une valeur = ou > à 1 500 €	Non	Non
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) Art 95 de la loi 205-102 du 11/02/2005	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non+
Prestation de compensation du handicap (PCH) Art L 245-7 du CASF	Non	Non À l'exception des sommes indûment perçues	Non	Non	Non	Non	Non

Je soussigné(e), déclare :

- Avoir pris connaissance des dispositions indiquées ci-dessus,
- Avoir reçu un exemplaire de ce document,
- Maintenir ma demande d'aide sociale au titre de l'aide ménagère l'aide à l'hébergement (cocher la case concernée),
- Autoriser le Président du Conseil départemental à solliciter auprès des administrations compétentes tout document permettant l'évaluation de mon patrimoine notamment cadastral,
- Autoriser le Président du Conseil départemental à communiquer toute information relative à ma situation familiale et financière à l'établissement d'accueil, dans le cadre du règlement de mes frais d'hébergement,
- Autoriser la subrogation du Conseil départemental dans les droits du bénéficiaire de l'aide sociale pour verser l'aide directement à l'établissement ou au prestataire choisi par le bénéficiaire.

Fait à le

Signature du demandeur ou de son représentant légal



Finistère
Penn-ar-Bed

Relevé de
Capitaux placés
de l'année précédente

IMPRIMÉ N°4

Nom :

Prénom :

Date de naissance du bénéficiaire :

--	--	--	--	--

*ATTENTION : un seul imprimé par établissement financier en dissociant montant du capital et montants des intérêts.
Par établissement financier, sont compris : les banques, les organismes d'assurances, etc ...*

PRODUITS	CAPITAL	N° de compte	Intérêts perçus ou capitalisés
Compte courant			
Compte courant			
Livrets d'épargne	- Livret A		
	- Livret B		
	- Livret Jeune		
L.E.P. (Livret d'épargne populaire)			
P.E.P. (Plan épargne populaire)			
L.D.D. (Livret Développement durable)			
Livret ou C.E.L. (Compte épargne Logement)			
P.E.L. (Plan épargne Logement)			
Assurance Vie (Contrats classiques)			
Assurance Vie (Contrats visés au 2ème du I de l'article 199 septies du Code général des impôts : Épargne handicap, contrat rente survie..) Pour les placements, joindre le relevé annuel			
Contrat Obsèques			
Capital Expansion			
Obligations - Actions			
S.I.C.A.V. et fonds commun de placement			
S.C.P.I.			
Bons anonymes			
Rentes			
Autres (à préciser)			

Je soussigné : M. M^{me}

Nom :

Prénom :

Qualité :

certifie les renseignements fournis sur le montant des capitaux placés et produits d'épargne.

Fait le

Signature

VISA DE L'ÉTABLISSEMENT FINANCIER :

L'établissement financier :

.....

.....

atteste que M. M^{me}

n'a pas, à ce jour, dans notre établissement, d'autres formes d'épargne que celles indiquées ci-dessus.

Fait le

Signature et Cachet



Finistère
Penn-ar-Bed

Services ménagers

Admission d'urgence

N° de dossier :

(Réservé à l'Administration)

Le(La) Maire de la Commune de :

Vu l'état de santé de

Monsieur

Madame

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Depuis le :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Concubin(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Pacsé(e)

Nom du conjoint :

Prénom(s) :

Prononce l'admission d'urgence **AU TITRE DES SERVICES MÉNAGERS** (maximum 20 heures)

Au titre des personnes âgées (+ de 60 ans)

Au titre des personnes handicapées

Précisez la nature des ressources :

1 - A.A.H.

2 - Pension d'invalidité 2^{ème} catégorie

Nombre d'heures

/mois

Durée :

Nom et adresse du service

assurant les prestations :

Date d'effet demandée :

A, le

Le(La) Maire,

OBSERVATIONS :

Précisez notamment les domiciles antérieurs du postulant si ce dernier est arrivé récemment (moins de 3 mois) dans la Commune.

Adresse du (ou des) domicile(s) antérieur(s) :

.....

.....

.....

NOTE IMPORTANTE POUR LE(LA) MAIRE

- Le(La) Maire doit s'assurer qu'il y a **véritablement urgence** à intervenir avant la décision du Président du Conseil départemental du Finistère.
- Le(La) Maire doit rappeler aux demandeurs que l'aide ménagère n'est accordée que si les ressources sont inférieures au plafond d'attribution de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou selon les dérogations prévues au RDAS du Finistère. <https://infosociale.finistere.fr>
- L'admission d'urgence doit être adressée dans les **trois jours** au :

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU FINISTÈRE

Direction des personnes âgées et des personnes handicapées
32 boulevard Duplex - CS 29029 - 29196 Quimper Cedex

- Le dossier de demande d'aide sociale doit être établi par le(la) Maire et transmis à la Direction des personnes âgées et des personnes handicapées **dans le mois** qui suit la décision d'admission d'urgence (*article L 131-3 du code de l'action sociale et des familles*).
- L'inobservation des délais prévus ci-dessus entraîne la **mise à la charge exclusive de la Commune**, des frais exposés jusqu'à la date de la notification (*article L 131-3 du code de l'action sociale et des familles*).



Finistère
Penn-ar-Bed

IMPRIMÉ N°6

Demande d'aide sociale

Services ménagers

Évaluation des besoins

Personnes âgées
Personnes handicapées

N° de FOYER

(à remplir par le CCAS/CIAS/CLIC et à joindre au dossier d'aide sociale constitué lors de la 1^{ère} demande)

Demande déposée le
CCAS / CIAS / CLIC de

1^{ère} demande Renouvellement Révision

Nombre d'heures sollicitées par mois : à compter du
(30 heures maximum par mois pour une personne seule et 48 heures par mois pour un couple)

Prestataire :

Une admission d'urgence a-t-elle été demandée ? : OUI NON

Si oui, nombre d'heures par mois (max. 20 heures) :

DEMANDEUR

M. M^{me} **Nom :**

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Adresse :

.....

Mesure de protection éventuelle Oui Non

Si oui : Tutelle Curatelle Habilitation familiale

Nom du représentant légal.....

Adresse

Téléphone :

Courriel :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Séparé(e) Concubinage Pacsé(e)

Bénéfice d'un avantage similaire

APA ACTP PCH MPT

Prestation d'aide à l'emploi d'une tierce personne

(depuis le 01-03-2013)

Taux d'invalidité :

Orientation CDAPH :

Autre personne vivant au foyer du demandeur

Nom et Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Nationalité	Bénéficiaire d'une prestation (APA, PCH, ACTP, MTP,...)

Conditions de vie

Habitat : Isolé Regroupé

Propriétaire Locataire Usfruitier Chez un tiers

Maison individuelle Appartement

Étage sans ascenseur Résidence autonomie

Nombre de pièces occupées :

Équipement du logement :

Machine à laver Sèche-linge

Lave-vaisselle Micro-ondes

Environnement (à renseigner impérativement)

Entourage : Sans contact avec famille Voisinage

Famille Lien de parenté :

Vit avec une personne : autonome dépendante

Activité professionnelle Scolaire / étudiant

Aides spécifiques :

Livraison des courses à domicile : Oui Non

Portage de repas : Oui Non

Prise des repas à l'extérieur : Oui Non

Utilisation laverie / pressing : Oui Non

Aides paramédicales (soins infirmiers, kiné, ...) : Oui Non

Évaluation des aides à prévoir pour le demandeur

TÂCHES QUOTIDIENNES <i>(Cocher qu'une seule case par ligne)</i>	AUTONOMIE		AUTRES INTERVENANTS
	Totale <i>(fait seul)</i>	Ne fait pas ou fait avec aide	Préciser l'aidant <i>(conjoint, famille, aide à domicile)</i>
Courses <i>(charges légères fréquentes)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Courses <i>(charges importantes)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Préparation complète des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Préparation simple des repas <i>(ex : réchauffage, ...)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ménage quotidien <i>(réfection lit, vaisselle, rangement, balayage, ...)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ménage important <i>(nettoyage des vitres, des sols, ...)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Étendage du linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Repassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se lever, se coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Habillage, déshabillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Observations et avis motivé du C.C.A.S., du C.I.A.S. ou du C.L.I.C. ⁽¹⁾ *(Description des difficultés physiques et psychiques pour accomplir les tâches du quotidien)*

Observations complémentaires :

S'agit-il d'un état passager ? Oui Non

Si oui, durée prévisible :

Sortie d'hospitalisation

Aggravation de l'état de santé

Défaillance de l'aidant

⁽¹⁾ A défaut de renseignement, le document sera retourné au C.C.A.S., C.I.A.S. ou C.L.I.C. pour complétude. La date d'effet du droit pourra en être impactée.

Nombre d'heures mensuelles proposées par le C.C.A.S. le C.I.A.S. ou le C.L.I.C.

Date et signature du demandeur

Date et signature du ou de la Maire ou Président(e)
du C.C.A.S., du C.I.A.S. ou du C.L.I.C.



Finistère
Penn-ar-Bed

IMPRIMÉ N°7

Demande d'aide à l'hébergement

Personnes âgées
Personnes handicapées

N° de FOYER

(à remplir par le CCAS/CIAS/CLIC et à joindre au dossier d'aide sociale - un seul imprimé par demandeur)

Demande déposée le auprès du CCAS ou CIAS ou CLIC

1^{ère} demande Renouvellement Révision Aide sociale sollicitée à compter du

- Établissement
Type de chambre Tarif :
Adresse :
Date d'entrée
- Famille d'accueil
Adresse :
Date d'arrivée

DEMANDEUR

M. M^{me}
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Nationalité :
Adresse :
Téléphone

Mesure de protection : OUI NON
Si oui : Tutelle Curatelle Habilitation familiale
Nom de l'organisme
Nom du tuteur/curateur :
Adresse
Situation familiale :
Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Courriel
Séparé(e) Concubinage Pacsé(e)

Bénéficiaire de :
APA ACTP PCH MTP
Prestation d'aide à l'emploi d'une tierce personne
(depuis le 01-03-2013)

Taux d'invalidité :
Orientation CDAPH :

Autre personne vivant au foyer du demandeur et/ou à charge

Nom et Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Nationalité	Bénéficiaire d'une prestation (APA, ACTP, PCH, MTP,...)

RESSOURCES DU DEMANDEUR, DE SON CONJOINT ET DES PERSONNES À CHARGE

(joindre les justificatifs et dernier avis d'imposition)

Bénéficiaire des ressources	Nature (salaire, retraite, prestations, etc.)	Versement par (nom de l'organisme)	Période de référence	Montant
				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€

CAPITAUX PLACÉS (joindre les relevés de capitaux placés pour tous les organismes listés ci-dessous)

Disposez-vous de capitaux placés ? OUI * NON

* Si oui, veuillez joindre une attestation bancaire à solliciter auprès de chaque organisme concerné

Avez-vous souscrit à un ou des contrats d'assurance vie ? OUI * NON

* Si oui, joindre une copie du ou des contrats (voir formulaire « documents à joindre »)

CHARGES DÉDUCTIBLES SOLLICITÉES (joindre les justificatifs obligatoires)

Nature	Montant mensuel	Nature	Montant mensuel

PERSONNES SOUMISES À L'OBLIGATION ALIMENTAIRE (Enfants, gendres et belles-filles) (Imprimés ci-joints à compléter)

Nom (usuel)	Prénom	Date et lieu de naissance	Adresse et coordonnées téléphoniques courriel	Lien de parenté
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration, et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

Date : _____ Signature du demandeur ou du représentant légal

Le (ou la) Président(e) du CCAS / CIAS / CLIC soussigné(e) certifie l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier
à _____ le _____

Date : _____ Signature et Cachet



Finistère
Penn-ar-Bed

IMPRIMÉ N°8

Obligation alimentaire

N° de dossier :

(Réservé à l'administration)

Dossier reçu le

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom :
Prénom (s) :
Date de naissance :
Lieu de naissance :

Adresse du lieu d'hébergement :
Commune et département de résidence avant l'entrée en établissement :

IDENTITÉ DE L'OBLIGÉ ALIMENTAIRE

Nom :
Prénom (s) :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Adresse :
Code postal :
Commune :

Téléphone :
Courriel :
Profession/Activité :
Situation familiale :
Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)
Séparé(e) Concubinage Pacsé(e)
Lien avec le demandeur :
Fille Fils Belle-fille Gendre Autre (préciser)

Composition de votre foyer

Nom et Prénom des personnes vivant au foyer	Année de naissance	Lien de parenté

Pièces à fournir obligatoirement

- Copie d'un justificatif d'identité ou du livret de famille de l'obligé alimentaire
- Copie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus

Je soussigné(e), Nom : Prénom :

Déclare : Aider actuellement ou pouvoir venir en aide à hauteur de € par mois.
 Ne pas pouvoir remplir les obligations imposées par les articles 205 et suivants du Code civil pour les motifs exposés en dernière page.

Certifie sur l'honneur :

- l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier
- avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de déclaration inexacte ou incomplète

Observations complémentaires

A :

Le :

Signature obligatoire

Cadre réservé à la mairie / au CCAS

Le (La) Maire ou Président(e) du CCAS, soussigné(e), certifie l'exactitude de l'identité de la personne et des renseignements fournis.

A :

Le :

Signature et cachet :

CADRE RÉGLEMENTAIRE

Extrait du Code Civil

Art. 205 – Les enfants doivent des aliments à leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin.

Art. 206 – Les gendres et belles-filles doivent également, dans les mêmes circonstances, des aliments à leurs beau-père et belle-mère, mais cette obligation cesse lorsque celui des époux qui produisait l'affinité et les enfants issus de son union avec l'autre époux sont décédés.

Art. 207 – Les obligations résultant de ces dispositions sont réciproques. Néanmoins, quand le créancier aura lui-même manqué gravement à ses obligations envers le débiteur, le juge pourra décharger celui-ci de toute ou partie de la dette alimentaire.

Art. 208 – Les aliments ne sont accordés que dans la proportion du besoin de celui qui les réclame et de la fortune de celui qui les doit.

Art. 209 – Lorsque celui qui fournit ou celui qui reçoit des aliments est replacé dans un état tel que l'un ne puisse plus en donner, ou que l'autre n'en ait plus besoin en tout ou partie, la décharge ou réduction peut être demandée.

Art. 210 – Si la personne qui doit fournir les aliments justifie qu'elle ne peut payer la pension alimentaire, le tribunal pourra, en connaissance de cause, ordonner qu'elle recevra dans sa demeure qu'elle nourrira et entretiendra celui auquel elle devra des aliments.

Extrait du Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 132-6 - Les personnes tenues à l'obligation alimentaire instituée par les articles 205 et suivants du Code civil sont, à l'occasion de toute demande d'aide sociale, invitées à indiquer l'aide qu'elles peuvent allouer aux postulants et à apporter, le cas échéant, la preuve de leur impossibilité de couvrir la totalité des frais.

Les enfants qui ont été retirés de leur milieu familial par décision judiciaire durant une période d'au moins trente-six mois cumulés au cours des douze premières années de leur vie sont, sous réserve d'une décision contraire du juge aux affaires familiales, dispensés de droit de fournir cette aide.

Cette dispense s'étend aux descendants des enfants susvisés.

La proportion de l'aide consentie par les collectivités publiques est fixée en tenant compte du montant de la participation éventuelle des personnes restant tenues à l'obligation alimentaire. La décision peut être révisée sur production par le bénéficiaire de l'aide sociale d'une décision judiciaire rejetant sa demande d'aliments ou limitant l'obligation alimentaire à une somme inférieure à celle qui avait été envisagée par l'organisme d'admission. La décision fait également l'objet d'une révision lorsque les débiteurs d'aliments ont été condamnés à verser des arrérages supérieurs à ceux qu'elle avait prévus.

Art. L.132-7 - En cas de carence de l'intéressé, le représentant de l'État ou le président du conseil départemental peut demander en son lieu et place à l'autorité judiciaire la fixation de la dette alimentaire et le versement de son montant, selon le cas, à l'État ou au département qui le reverse au bénéficiaire, augmenté le cas échéant de la quote-part de l'aide sociale.

Les fraudes ou fausses déclarations

Le fait de percevoir ou de tenter de percevoir l'aide sociale de manière frauduleuse est puni des peines d'escroquerie prévues à l'article L313-1 du Code pénal soit 5 ans d'emprisonnement et 375 000 € d'amende à titre principal (article L135-1 du Code de l'action sociale et des familles). Les faux, usage de faux, et déclaration mensongère sont sanctionnés par 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amendes (articles 441-1 du Code pénal).

Le fait de fournir sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans une déclaration exigée en vue d'obtenir d'une collectivité un paiement ou un avantage indu est puni de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende (article 441-6 du Code pénal).

Informatique et libertés

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique auquel vous consentez, destiné à instruire la demande d'aide sociale de votre ascendant ou descendant. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant : Règlement européen sur la protection des données (UE2016 :679) - RGPD, Code de l'action sociale et des familles,

Loi informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez obtenir communication de ces informations et, le cas échéant, obtenir leur rectification, sur présentation d'une pièce d'identité, en vous adressant au service où vous avez déposé votre demande ou directement au Conseil départemental du Finistère – 32 boulevard Dupleix – CS29029 – 29196 Quimper cedex