LES JARDINS DE LA CÈZE
SAINT-AMBROIX

NOM :

Prénom :

N° Dossier :

Aide Sociale

Nom :

Prénom :

Pièces au dossier :

☐ Liasse rose
☐ Livret de famille complet
☐ Attestation sur l'honneur d'être célibataire et sans enfants
☐ CNI
☐ Avis d'impôts N
☐ Taxes foncières
☐ Relevés de compte des 3 derniers mois
☐ Certificat de présence
☐ Fiche : Relevé des capitaux placés
☐ Grille AGGIR
☐ Fiche : Bien immobilier - donation
☐ Liste des obligés alimentaires
☐ Fiche : Attestation sur l'honneur
☐ Personne référente à l'aide pour l'instruction du dossier (tuteur...)

LES JARDINS
DE LA CÈZE
SAINT-AMBROIX

Saint Ambroix, le

Le Directeur,

A

Madame, Monsieur,

Vous avez demandé la prise en charge par l'Aide Sociale aux Personnes Agées de votre parent(e) ou majeur protégé, placé(e) à la Maison de Retraite de Saint Ambroix.

Dans l'attente de la décision de la Commission Cantonale d'admission à l'Aide Sociale, les frais de séjours vous sont facturés dans leur intégralité. Dès réception de la notification de prise en charge des frais de séjours par l'Aide Sociale, les sommes trop versées seront déduites des prochains règlements auprès du Trésor Public.

Je vous informe que si vous n'arrivez pas à régler l'intégralité des frais de séjour facturés, 90 % des ressources déclarées, ainsi que la totalité de l'allocation logement dont l'intéressé(e) pourrait être bénéficiaire, doivent être reversées à la Trésorerie de l'Établissement, à compter du jour de l'entrée en Maison de Retraite.

Ainsi, je vous invite à contacter la Trésorerie Hospitalière d'Alès, 11 Chemin des Espinaux, BP 40021, 30340 Saint Privat des Vieux (Tel 04 66 78 45 45), afin de mettre en place cette procédure de reversement.

Restant à votre entière disposition pour toute information complémentaire, veuillez croire, Madame, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Le Directeur,

Les Jardins de la Cèze
EHPAD
ST-AMBROIX
Gard

Erwan HELOT.

Engagement de Payer la Provision (uniquement pour les résidents en attente d'aide sociale)

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Adresse :

m'engage à effectuer toutes les démarches nécessaires en vue de l'obtention de l'Aide Sociale.

Dans l'attente de la réponse du Conseil Départemental, je m'engage à verser tous les mois une provision d'un montant équivalent à 90 % de mes ressources/ des ressources de Mme/Mr..... *(si engagement souscrit par le représentant légal).*

Le paiement de la provision interviendra le .... de chaque mois.

Je reconnais avoir été informé(e) que toute absence de versement de la provision fera l'objet d'une information du Conseil Départemental pouvant compromettre l'acceptation de ma demande d'aide sociale./ de la demande d'Aide Sociale de Mme ou Mr ..... *(si engagement souscrit par le représentant légal).*

Fait à :
Le :

Signature du résident ou de son représentant légal

État liquidatif de la provision à verser à l'EHPAD dans l'attente de la réponse du Conseil Départemental relative à l'Aide Sociale (uniquement pour les résidents en attente d'aide sociale)

EHPAD Les Jardins de la Cèze, 160 Montée de la Frigoule, 30500 Saint Ambroix

Ressources mensuelles du résident

Nom- Prénom du résident : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Date d'entrée : ____ / _____ / _____

Ressources soumises à argent de poche (hors retraites du combattant et pensions honorifiques) : préciser la périodicité du versement mensuel – trimestriel – annuel)	**Mensuel**
Total des ressources (a)	
À déduire :	
Argent de poche = Total des ressources (a)* 10 % avec un minimum légal fixé à 110 Euros au 1/01/2022	
Total Argent de Poche (b)	
Allocation logement (c)	
Montant de la provision mensuelle = (a)- (b) + (c)	
Autres ressources non soumises à Argent de Poche (retraites du combattant et pensions honorifiques)	

Rappel :

- *Le montant de la provision à verser par les bénéficiaires de l'aide sociale correspond à 90 % des ressources perçues*
  Les 10 % restant sont laissés à la disposition du résident. Cette somme ne peut être inférieure à 1 % du minimum vieillesse annuel.
  ***Attention** : A ce stade, aucune dépense ne peut être déduite*
- *Le résident bénéficiaire d'une allocation logement est tenu de reverser 100 % de l'allocation au Conseil Départemental. Cette allocation n'est pas prise en compte pour le calcul de l'argent de poche.*
- *La retraite du combattant et les pensions attachées aux distinctions honorifiques sont conservées en totalité par le résident.*

Fait à : **Signature du résident ou du représentant légal**

CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES
TRESORERIE HOSPITALIERE D'ALES
11 Chemin des Espinaux
CS 73132
30319 ALES CEDEX

Téléphone : 04 66 52 58 63

Mail : th.ales@dgfip.finances.gouv.fr

DEMANDE DE VIREMENT PERMANENT

CADRE A REMPLIR PAR L'INTERESSE *(joindre un relevé d'identité bancaire)*
Nom et Prénom du titulaire : N° du compte du titulaire : BIC _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ / IBAN _ _ _ _-_ _ _ _-_ _ _ _-_ _ _ _-_ _ _ _-_ _ _ _-_ _ _ Nom et Adresse de l'agence bancaire :

St Privat des Vieux, le _ _ / _ _ / _ _ _ _

OBJET : ORDRE DE VIREMENT PERMANENT

Madame, Monsieur,
Je vous demande d' effectuer au profit du Trésorier de la **TRESORERIE HOSPITALIERE D'ALES**
le virement permanent suivant :

Montant :	_____ , ___ €
Nombre :	**PERMANENT**
Périodicité :	**MENSUELLE**
Date d'exécution des opérations :	_ _ / _ _ / _ _ _ _
A partir du :	_ _ / _ _ / _ _ _ _

Ces virements seront effectués au compte Dépôt de Fonds au Trésor suivant :

BIC : **TRFUFRP1** / IBAN : **FR76 1007 1300 0000 0020 0366 442**

Chaque virement devra obligatoirement mentionner les références suivantes,
nécessaires à la bonne imputation des sommes versées : _____

Les frais applicables à l'opération seront prélevés sur mon compte *(1)*

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

(signature du titulaire du compte)

(1) se renseigner auprès de la banque au sujet des frais applicables.

TRESOR PUBLIC

RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVE

Le relevé ci-contre est destiné à être remis à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre comptes (virements, paiements des quittances, etc...)

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Code banque	Code guichet	N compte	Clé
10071	30000	00002003664	42

Domiciliation
TPNIMES

IBAN (International Bank Account Number)

FR76	1007	1300	0000	0020	0366	442

BIC (Bank Identifier Code)
TRPUFRP1

Titulaire du compte
EHPAD SAINT AMBROIX

LES JARDINS DE LA CEZE 160 MTE DE LA FRIGOULE
30500 SAINT-AMBROIX - FRANCE

TRESOR PUBLIC

RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVE

Le relevé ci-contre est destiné à être remis à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre comptes (virements, paiements des quittances, etc...)

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Code banque	Code guichet	N compte	Clé
10071	30000	00002003664	42

Domiciliation
TPNIMES

IBAN (International Bank Account Number)

FR76	1007	1300	0000	0020	0366	442

BIC (Bank Identifier Code)
TRPUFRP1

Titulaire du compte
EHPAD SAINT AMBROIX

LES JARDINS DE LA CEZE 160 MTE DE LA FRIGOULE
30500 SAINT-AMBROIX - FRANCE

TRESOR PUBLIC

RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVE

Le relevé ci-contre est destiné à être remis à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre comptes (virements, paiements des quittances, etc...)

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Code banque	Code guichet	N compte	Clé
10071	30000	00002003664	42

Domiciliation
TPNIMES

IBAN (International Bank Account Number)

FR76	1007	1300	0000	0020	0366	442

BIC (Bank Identifier Code)
TRPUFRP1

Titulaire du compte
EHPAD SAINT AMBROIX

LES JARDINS DE LA CEZE 160 MTE DE LA FRIGOULE
30500 SAINT-AMBROIX - FRANCE

DEPARTEMENT DU GARD

REPUBLIQUE FRANCAISE

DIRECTION DU DEVELOPPEMENT
SOCIAL ET DE LA SANTE
10 Rue Villeperdrie
30034 NÎMES

Nîmes, le.....

Téléphone : 04.66.76.86.10

ACTION ET AIDE SOCIALE

AM/CP
Poste 214

Dossier suivi par :

Objet : Demande de perception directe des revenus par l'établissement.

Je soussigné(e).....
Né(e) le ..... dossier N°..... accueillie le :.....
Au titre de l'aide sociale du département du Gard dans l'établissement à compter du : .....

EHPAD Les Jardins de la Cèze
160 Montée de la Frigoule
30500 SAINT AMBROIX

demande que mes revenus désignés ci-après, soient perçus directement par ce dernier à charge pour lui de m'en reverser les 10% sans que ce montant soit inférieur à un centième du montant annuel des prestations minimales vieillesse :

1)
2)
3)
4)
5)
6)
7)
8)

A ....., le .....
Signature de l'intéressé(e) ou de son représentant légal

Avis du Directeur de l'établissement :

Date :

Signature du directeur :

[redacted]

FEUILLE SUPPLEMENTAIRE A JOINDRE UNIQUEMENT EN CAS DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE A DOMICILE OU EN ETABLISSEMENT (Sauf pour demande d'allocation personnalisée d'autonomie et d'Allocation Compensatrice)

CONSEQUENCES DE L'ADMISSION A L'AIDE SOCIALE

Les personnes sollicitant le bénéfice d'une prestation d'aide sociale prévue sur ce dossier sont informées que :

* Conformément à l'article L.132-8 du code de l'action sociale et des familles, des recours sont exercés, selon le cas, par l'Etat ou le Département contre =

a) le bénéficiaire revenu à meilleure fortune ou contre la succession du bénéficiaire :

Le recouvrement sur succession des sommes versées au titre des prestations d'aide sociale à domicile, de soins de ville prévus dans le cadre de l'aide médicale de l'Etat, de la prestation spécifique dépendance et de la prise en charge du forfait journalier s'exerce sur la part de l'actif net excédant 46 000 euros. Seules les dépenses supérieures à 760 euros et pour la part excédant ce montant peuvent donner lieu à récupération. Le recouvrement sur succession des sommes versée au titre de l'aide sociale à l'hébergement s'exerce sans franchise sur l'actif net successoral.

b) le donataire lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les dix ans qui ont précédé cette demande.

c) le légataire

* Conformément à l'article L.132-9 du Code de l'action sociale et des familles, les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'aide sociale sont grevés d'une hypothèque légale en garantie des recours indiqués ci-dessus. Toutefois, l'inscription de l'hypothèque légale est supprimée pour les prestations ouvrant droit au seuil de récupération de 46 000 euros visées au a) ci-dessus.

* le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code Pénal (article L.133-6 du Code de l'action sociale et des familles).

* l'attribution de l'aide sociale à l'hébergement est subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire définie par les articles 205 à 211 du Code Civil. Elle met en jeu également la contribution des époux aux charges du mariage mentionnée à l'article 214 dudit Code.

Je soussigné déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus indiquées et autorise le Président du Conseil Général à solliciter auprès des administrations compétentes toute évaluation de mon patrimoine notamment cadastrale.

A .....le.....,.....

Signature

GARD 3.0 département

DEMANDE D'AIDE SOCIALE

PERSONNES ÂGÉES DE + DE 60 ANS

Maintien à domicile

OU

Aide à l'hébergement

Dossier déposé à la mairie ou CCAS/CIAS

Le : . . .

Ce document est à conserver par le demandeur

Qu'est-ce que L'AIDE SOCIALE ?

Les prestations d'aide sociale **délivrées par le Département** sont **destinées aux personnes âgées de plus de 60 ans** dont les **ressources sont trop faibles** pour faire face à leur besoin. **L'aide au maintien à domicile** est une participation aux frais d'aide ménagère, de foyer restaurant et de portage de repas. **L'Aide Sociale à l'Hébergement** (ASH) est une participation aux frais d'hébergement en structure spécialisée, elle **intervient en complément** de l'obligation alimentaire* (participation financière des proches).

L'aide sociale intervient uniquement si les ressources personnelles, la solidarité familiale et les régimes de prévoyances ou d'assurance maladie s'avèrent insuffisants. Les prestations d'aide sociale sont des sommes qui sont avancées, le Département peut faire des recours pour les récupérer en partie ou totalement selon leur nature.

***L'obligation alimentaire** : *c'est l'obligation pour les enfants, les parents d'apporter à la personne âgée une aide financière pour le financement de son hébergement en établissement.*

Qui fait quoi

LE DEMANDEUR

- S'adresse à la Mairie, au CCAS/CIAS
- Fournit les justificatifs nécessaires
- Remplit la demande
- Signe la demande pour accord
- Remet la demande à la Mairie, au CCAS/CIAS

Si le demandeur n'est pas en mesure, le représentant légal peut remplir ce rôle

LES OBLIGÉS ALIMENTAIRES

- Complètent le document «obligé alimentaire»
- Fournissent les justificatifs nécessaires
- Signent le document pour accord
- Remet le document «obligé alimentaire» à la Mairie, au CCAS/CIAS

Les obligés alimentaires sont contactés uniquement pour des demandes d'ASH

LA MAIRIE OU LE CCAS/CIAS

- Fournit la demande
- Reçoit le demandeur ou son représentant
- Constitue la demande
- Recherche les obligés alimentaires pour l'ASH
- Donne son avis sur la demande
- Transmet la demande au Département

En cas de demande d'ASH le CCAS/CIAS ou la Mairie, envoie le document «obligé alimentaire» au CCAS/CIAS ou à la Mairie de domicile de l'obligé.

LE DÉPARTEMENT

- Vérifie la complétude de la demande
- Instruit la demande
- Prend une décision d'accord ou de rejet
- Envoie les notifications de décision
- Finance les prestations
- Procède aux récupérations

DEMANDE D'AIDE SOCIALE
PERSONNES ÂGÉES DE + DE 60 ANS

Cette demande et les pièces justificatives doivent être envoyées par la Mairie ou le CCAS/CIAS à :
Service Aide Sociale aux Personnes Âgées et Recours - Direction de l'Autonomie des Personnes
Hôtel du Département | 3 rue Guillemette | 30044 Nîmes Cedex 9

N° du DOSSIER
Cadre réservé au Département du Gard

○ 1RE DEMANDE ○ RENOUVELLEMENT ○ RÉVISION

MAINTIEN À DOMICILE

- ○ Aide ménagère
- ○ Portage de repas
- ○ Foyer restaurant

AIDE À L'HÉBERGEMENT

En établissement depuis le :

Date de demande de la prise en charge :

Coordonnées de la Mairie ou du CCAS/CIAS :

Coordonnées du référent du demandeur :

IDENTITÉ DE LA PERSONNE concernée par la demande

Photocopies à joindre
- Pièce d'identité
- Livret(s) de famille

Nom de naissance | Nom Marital | Prénom

Date de naissance | Lieu de naissance

Nationalité

☐ Française ☐ Union Européenne : ☐ Autre :

Date d'arrivée en France :

Téléphone | Adresse e-mail

@

Pour une demande de maintien à domicile, votre numéro de téléphone sera communiqué au service prestataire.

Situation familiale

☐ Célibataire ☐ Marié·e ☐ Veuf·ve ☐ Pacsé·e ☐ Divorcé·e ☐ Concubin·e ☐ Séparé·e

MESURE DE PROTECTION (à remplir si concerné)

Photocopies à joindre
- Jugement de mise sous protection

Type de mesure de protection

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée ☐ Sauvegarde de justice ☐ Habilitation familiale
☐ Demande en cours

1 Nom et coordonnées *(adresse, téléphone, mail)* de la personne en charge de la mesure de protection

2 Nom et coordonnées *(adresse, téléphone, mail)* de la personne en charge de la mesure de protection

ADRESSE ACTUELLE

Photocopies à joindre

- Justificatif de résidence en France

Date d'arrivée :

Numéro et rue	Code postal	Commune

Précisez s'il s'agit :
- ☐ **du domicile personnel**
- ☐ **de l'établissement d'hébergement**
- ☐ **d'un hébergement chez un tiers à titre PAYANT** *(ex : chez un accueillant familial agréé)*
- ☐ **d'un hébergement chez un tiers à titre GRATUIT** *(ex : chez un ami, un voisin)*
- ☐ **autre** *(ex : chez un enfant, un parent)* : .....

ADRESSE PRÉCÉDENTE

Date d'arrivée : .. .. **Date de départ :** .. ..

- *si* **vous êtes en établissement** *: indiquez l'***adresse du domicile avant la première entrée** *en établissement*
- *Si* **vous êtes à domicile**, *en cas de déménagement depuis moins de 3 mois :* **Indiquez l'adresse précédente**

Numéro et rue	Code postal	Commune

IDENTITÉS DES PERSONNES VIVANT AU FOYER

Conjoint, enfant, colocataire, ...

Nom - Prénom	Date de naissance	Lien de parenté avec le demandeur
	.. ..	
	.. ..	
	.. ..	
	.. ..	

Dans le cas où le demandeur héberge une ou des personne(s) à son domicile

Photocopies à joindre

- Justificatifs des ressources des 3 derniers mois de toutes les personnes hébergées.

Photocopies à joindre

- Attestation sur l'honneur «absence d'enfant» (aide à l'hebergement).

IDENTITÉS DES ENFANTS MAJEURS VIVANT HORS FOYER

Nom - Prénom	Date de naissance	Adresse
	.. ..	
	.. ..	
	.. ..	
	.. ..	

DOSSIER AIDE SOCIALE

NOM : _____

PRENOM : _____

A COMPTER DU : _____

LISTE DES OBLIGES ALIMENTAIRES

Nom et Prénoms : du débiteur _____

du conjoint _____

Date de naissance : du débiteur _____

du conjoint _____

Domicile : _____

_____

*Lien de parenté : parent(s) conjoint fils fille

Nom et adresse de l'employeur du débiteur : _____

_____

_____

Nom et Prénoms : du débiteur _____

du conjoint _____

Date de naissance : du débiteur _____

du conjoint _____

Domicile : _____

_____

*Lien de parenté : parent(s) conjoint fils fille

Nom et adresse de l'employeur du débiteur : _____

_____

* entourer la mention concernée

BIENS IMMOBILIERS - DONATION

Je soussigné(e), ... atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur le présent document sont exacts.

Fait à : ..... le .....

Le demandeur

Pour le demandeur
Le tuteur

A – Biens immobiliers

Nature des biens (bâtis et non bâtis)	Adresse et référence cadastrales et superficie	Prix d'achat ou estimation

B – Biens ayant fait l'objet d'une donation

(Indiquer pour chaque bien la date de la transaction, les coordonnées du notaire et joindre une copie de l'acte)	Francs	Euro
MONTANT TOTAL		

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Veuillez nous préciser votre situation en cochant la ou les cases suivantes.

Dans l'hypothèse où toutes les cases ne sont pas cochées, veuillez remplir les imprimés ci-joints.

Je soussigné(e) .....
Né(e) le : ..... à .....
Domicilié(e) à : .....
.....

déclare sur l'honneur :

- ○ n'avoir fait ni donation, ni partage, ni vente.
- ○ ne posséder aucune valeur ni capitaux mobiliers.
- ○ ne posséder aucun bien immobilier.

Je reconnais être informé(e) des dispositions de l'Article 22.11 de la Loi N° 68.690 du 31 juillet 1968, cité ci-après « Quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la déclaration exigée en vue d'obtenir de l'Etat, des Collectivités Locales, de l'un des services ou organismes visés au paragraphe 4, un paiement ou avantage quelconque indu, sera puni d'un emprisonnement de un à quatre ans et d'une peine d'amende allant de 340,90 Euros à 6 097,96 Euros ou de l'une de ces deux peines seulement ».

Fait à : ..... le .....

Le demandeur

Pour le demandeur,
Le Tuteur,

LE GARD

RELEVE DES CAPITAUX PLACES

Je soussigné(e), ... atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur le présent document sont exacts.

Fait à : ..... le .....

Le demandeur

Pour le demandeur
Le tuteur

PRODUITS	CAPITAL	INTERETS PERCUS OU CAPITALISES
Livrets d'Epargne		
1er livret		
2ème livret		
Livret d'Epargne Populaire (LEP)		
CODEVI		
Livret ou compte épargne logement		
Bons d'épargne, de caisse, de capitalisation		
Epargne Assurance Vie		
PEP		
Obligations, Actions		
SICAV et fonds communs de placement		
SCPI		
Bons anonymes		
Autres (à préciser)		

RESSOURCES DU FOYER

Photocopies à joindre

- Justificatifs des ressources des 3 derniers mois pour chaque lignes renseignées

Montant Mensuel	DEMANDEUR *(indiquez le montant mensuel)*	CONJOINT *(indiquez le montant mensuel)*
Salaires, Chômages, Retraites, Pensions, Rentes *(précisez)* :		
•		
•		
•		
Allocation logement :		
Allocation Adulte Handicapé (AAH) **:**		
Complément de ressources ou Majoration Vie Autonome :		
Prestation de Compensation du Handicap (PCH) **:**		
Pension d'invalidité : ■ CAT 1 ■ CAT 2 ■ CAT 3 ■ MTP		
Indemnités journalières :		
Revenus locatifs :		
Autres ressources *(précisez)* :		

CHARGES DU FOYER

Photocopies à joindre

- Copie intégrale de l'avis de situation déclarative à l'impôt ou avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu de l'année (demandeur et conjoint).
- Avis d'impôt locaux : taxe(s) foncière(s) - taxe d'habitation.

En plus pour l'aide à l'hébergement

- Échéancier des cotisations de mutuelle pour l'année en cours.
- Justificatifs loyer, électricité, eau, si conjoint à domicile ou hébergement temporaire.
- Pension alimentaire si le demandeur verse une pension à un tiers.

PATRIMOINE DU FOYER

Photocopies à joindre

- Justificatifs pour tous les capitaux placés

CAPITAUX PLACÉS*	DEMANDEUR	CONJOINT	MONTANT CAPITAL	MONTANT INTÉRÊTS ANNUEL **
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				

Liste des capitaux placés possibles : Soldes des comptes courants, Livret(s) d'épargne, Livret d'Épargne Populaire, Plan d'Épargne Populaire, Livret Développement Durable et Solidaire (ex CODEVI), Livret ou compte épargne logement, Bons d'épargne/de caisse/de capitalisation, Épargne assurance vie **(copie complète du contrat obligatoire)**, Plan d'épargne populaire, Obligations/Actions, SICAV et fonds communs de placement, Société Civile de Placement Immobilier (SCPI), Bons anonymes, Contrat épargne handicap **(copie complète du contrat obligatoire)**, Autres.

***** Montant annuel des intérêts :*** Lorsque cette colonne n'est pas complétée, un taux de 3% du montant du capital déclaré est appliqué par défaut (article R.132.1 du CASF).

BIENS IMMOBILIERS

Photocopies à joindre
- Relevé de propriété

Je soussigné·e : ..... **Né(e) le :** .....

déclare sur l'honneur : ☐ ne posséder aucun bien immobilier
☐ n'avoir fait ni donation, ni partage, ni vente
☐ que les informations ci-dessous sont exactes

NATURE DES BIENS	ADRESSE	RÉFÉRENCE CADASTRALE	SUPERFICIE m²	PRIX D'ACHAT OU ESTIMATION
☐ Bâtis ☐ Non bâtis				
☐ Bâtis ☐ Non bâtis				
☐ Bâtis ☐ Non bâtis				
☐ Bâtis ☐ Non bâtis				

BIENS AYANT FAIT L'OBJET DE DONATION *ces 10 dernières années*

Photocopies à joindre
- Acte de donation

NATURE DES BIENS	ADRESSE	RÉFÉRENCE CADASTRALE	SUPERFICIE m²	PRIX D'ACHAT OU ESTIMATION
☐ Bâtis ☐ Non bâtis				
☐ Bâtis ☐ Non bâtis				

RAPPEL

Cette demande doit être vérifiée, signée et envoyée avec les pièces justificatives par la Mairie ou le CCAS/CIAS au Département du Gard.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur la présente demande.

Fait à : .....

Le : ..../..../....

Signature du demandeur :

OU

Signature pour le demandeur : *(ex : tuteur,...)*

PROPOSITION ET AVIS DE LA MAIRIE OU DU CCAS/CIAS

Le Maire ou le Président du CCAS/CIAS certifie que les renseignements fournis ont fait l'objet d'une vérification. Il atteste qu'à sa connaissance le demandeur ne possède aucune autre ressource que celles déclarées.

Fait à :

Le :

Signature du Maire ou du Président du CCAS/CIAS et cachet :

CONDITIONS d'admission

- **Avoir au moins 60 ans.**
- **Résider en France** de façon stable et régulière ou **disposer d'un titre de séjour en cours de validité.**

MAINTIEN À DOMICILE

- Avoir des **difficultés pour accomplir les principales tâches ménagères.**
- **Ne pas bénéficier de l'APA** (allocation personnalisée d'autonomie).
- **Ne pas dépasser un certain plafond mensuel de ressources.**

AIDE À L'HÉBERGEMENT

- **Avoir des ressources inférieures au montant des frais d'hébergement**
- **Résider dans un établissement habilité** à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

CONSÉQUENCES d'admission

HYPOTHÈQUE LÉGALE : Les immeubles appartenant au bénéficiaire de l'aide sociale peuvent faire l'objet d'une hypothèque légale en garantie des recours ***(article L 132-9 du CASF).***

RÉCUPÉRATION : L'admission à l'aide sociale (à domicile et à l'hébergement) peut entrainer une récupération des sommes avancées à ce titre, ***(article L 132-8 du CASF).*** Sauf dispositions particulières aux personnes en situation de handicap, la récupération pour une demande de **MAINTIEN À DOMICILE** est possible pour les dépenses supérieures à 760 € et pour l'**AIDE À L'HÉBERGEMENT** dès le premier centime d'euro.

Ces récupérations peuvent être faites sur :

Le bénéficiaire

Une amélioration de ses revenus, de retour à meilleure fortune, lui permet de rembourser tout ou partie. (ex : il a perçu un héritage important)

La succession

Le Département peut récupérer sur la succession dans la limite des sommes avancées. *En cas de maintien à domicile la récupération est possible si la succession est supérieure à 46 000 €.*

Le donataire

Un don a été fait par le bénéficiaire dans les 10 ans avant ou pendant l'admission à l'aide sociale, le Département peut récupérer auprès du donataire (celui qui a reçu le don).

Le légataire

Un legs a été fait, le Département peut récupérer auprès du légataire (celui à qui on a légué des biens par testament).

L'assurance vie

Le bénéficiaire à l'aide sociale a un contrat d'assurance vie, le Département peut récupérer les sommes versées après les 70 ans.

DROITS informatiques et libertés

Vos droits conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné aux demandes de maintien à domicile et d'hébergement au titre de l'aide sociale. Le Département du Gard est responsable du traitement qui relève d'une obligation légale (articles L 113-2 et L 121-1 à L 121-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)). La finalité est la prise en charge ou le versement d'aides financières définies dans le CASF et dans le Règlement Départemental d'Aide Sociale (RDAS) du Gard. Les destinataires des données sont les services instructeurs du Département, les agents et prestataires habilités pour assurer la maintenance informatique, et nos partenaires (Mairies, CCAS, Etablissements d'hébergement et prestataires d'aide à domicile, Consulats ou Ambassades pour les Français résidant à l'étranger)

! **Les données sont obligatoires et nécessaires pour l'instruction du dossier** (articles L 132-1 à L 132-6 du CASF). **Le défaut de réponse entraînera une impossibilité de traiter votre demande.**

A partir des données, un profil d'autonomie sera dressé. Les données enregistrées sont conservées pour une durée conforme aux prescriptions des archives départementales

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent ainsi que d'un droit d'opposition, du droit à la limitation du traitement et à l'effacement dans le cadre permis par le règlement européen.

Vous pouvez exercer ces droits en justifiant de votre identité soit en :

- **vous présentant à l'accueil** des services d'aide sociale du Département : Nouveau Bâtiment Administratif, boulevard Salvador Allende, 30000 Nîmes ;
- **écrivant aux services d'aide sociale** du Département, en indiquant «exercice des droits Informatique et Libertés » :

par courrier postal : Direction de l'Autonomie des Personnes, Hôtel du Département, 3 rue Guillemette, 30044 Nîmes Cedex 9.

par le site internet : www.gard.fr rubrique contact.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Pour votre information, vous pouvez joindre notre délégué à la protection des données par courrier postal : Département du Gard, 3 rue Guillemette, 30044 Nîmes Cedex 9 ou courrier électronique : dpo@gard.fr

PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR TOUTE DEMANDE – JOINDRE DES PHOTOCOPIES

Merci de fournir uniquement les pièces ci-dessous, elles sont indispensables au traitement de la demande

DEMANDE d'aide sociale pour les personnes âgées de plus de 60 ans **COMPLÉTÉE ET SIGNÉE.**

PIÈCE D'IDENTITÉ : carte d'identité ou **passeport** de la communauté européenne
EN CAS DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE : carte de résidence ou **titre de séjour en cours de validité.**

LIVRET(s) DE FAMILLE COMPLET(s) TENU(s) À JOUR ou **ATTESTATION SUR L'HONNEUR** «absence d'enfant»
> Jugement de divorce, **COPIE DE CONTRAT DE PACS.**

JUGEMENT DE MISE SOUS PROTECTION : tutelle, curatelle, ... *(à fournir si concerné).*

JUSTIFICATIF DE FRAIS DE TUTELLE ou **CURATELLE** *(à fournir si concerné).*

JUSTIFICATIFS DE RÉSIDENCE* DES 3 MOIS PRÉCÉDANT LA DEMANDE.
Listes des pièces acceptées **:** quittance de loyer, facture EDF, téléphone, internet... et le cas échéant, l'attestation sur l'honneur d'hébergement si la personne est hébergée.

JUSTIFICATIFS DES RESSOURCES DES 3 DERNIERS MOIS
(demandeur, conjoint et personnes hébergées par le demandeur).
> Caisses de retraite principales et complémentaires, allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), bulletins de salaire, relevés bancaires, attestations pour le paiement de l'AAH, notification de paiement d'une pension d'invalidité, revenus BIC et autres, revenus fonciers, RSA.

COPIE INTÉGRALE DE L'AVIS DE SITUATION DÉCLARATIVE à l'impôt ou **AVIS D'IMPOSITION** ou **DE NON-IMPOSITION** sur le revenu de l'année *(demandeur et conjoint).*

AVIS D'IMPÔT LOCAUX
> Taxe(s) foncière(s) - taxe d'habitation.

JUSTIFICATIF DES CAPITAUX PLACÉS *(si concerné : joindre la copie intégrale du contrat d'assurance vie).*

RELEVÉ DE PROPRIÉTÉ et/ou **ACTE DE DONATION** *(à fournir si concerné).*

JUSTIFICATIF TAUX D'INCAPACITÉ DE 80 % ou **PENSION D'INVALIDITÉ** de 2e et 3e catégorie *(à fournir si concerné).*

PLAN DE SURENDETTEMENT *(à fournir si concerné).*

+ PIÈCES COMPLÉMENTAIRES
EN FONCTION DE LA DEMANDE D'AIDE SOCIALE

MAINTIEN À DOMICILE

- **FICHE CONDITIONS DE VIE.**

AIDE À L'HÉBERGEMENT

- **JUSTIFICATIF DE L'ALLOCATION LOGEMENT** ou justificatif de dépôt d'une demande d'allocation logement.
- **DOSSIER OBLIGATION ALIMENTAIRE.**
- **ÉCHÉANCIER DES COTISATIONS DE MUTUELLE** pour l'année en cours.
- **LOYER, EAU, ÉLECTRICITÉ** *(si conjoint à domicile).*
- **PENSION ALIMENTAIRE**
  (si le demandeur verse une pension à un tiers).