





- ① Coordonnées du médecin traitant .....  
 ..... ☎
- ② Coordonnées de la personne qui rencontre très régulièrement la personne âgée (*lien de parenté s'il y a lieu*) .....  
 ..... ☎
- ③ Coordonnées de la personne destinataire de votre courrier .....  
 ..... ☎

LES PERSONNES À VOTRE CHARGE

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ (*)
.....	.....	□□ □□ □□□□	.....
.....	.....	□□ □□ □□□□	.....
.....	.....	□□ □□ □□□□	.....
.....	.....	□□ □□ □□□□	.....

(\*) *Enfant, père, mère, autre : préciser*

LE PATRIMOINE DE VOTRE FOYER  
 (à compléter obligatoirement pour tous les types de demandes)

NATURE DES PLACEMENTS ET ORGANISMES FINANCIERS BIENS MOBILIERS ET ÉPARGNE (y compris assurance vie)	MONTANT DU CAPITAL	MONTANT DES INTÉRÊTS ANNUELS PERÇUS OU CAPITALISÉS
REVENUS SOUSMIS AU PRÉLÈVEMENT LIBÉRATOIRE	MONTANT	
BIENS IMMOBILIERS (Pour les biens en indivision, indiquer le nombre de propriétaires) <i>BÂTIS :</i>  <i>NON BÂTIS :</i>	ADRESSES	EN LOCATION ? (Oui / Non)
BIENS IMMOBILIERS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DONATION, PARTAGE OU VENTE - DATE DE LA TRANSACTION	NOM ET ADRESSE DES BÉNÉFICIAIRES	RENTE ANNUELLE
NOM DE VOTRE NOTAIRE	ADRESSE	TÉLÉPHONE

**LES CHARGES DE VOTRE FOYER**

A compléter obligatoirement pour les demandes d'aide sociale à l'hébergement si le conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS reste au domicile.

L'IMPOSITION ANNUELLE		LES CHARGES MENSUELLES	
Nature	Montant	Nature	Montant
Taxe d'habitation	.....	Loyer ou remboursement d'emprunts	.....
Taxe foncière	.....	Charges liées à l'habitation	.....
Taxe professionnelle	.....	Pensions alimentaires versées	.....
Autres (à préciser) .....	.....	Autres (préciser EDF, téléphone, mutuelle...)...	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**LES MEMBRES DE LA FAMILLE TENUS À L'OBLIGATION ALIMENTAIRE (O.A.)**

A compléter uniquement pour les personnes âgées, n'ayant jamais eu de reconnaissance du statut d'adulte handicapé avant l'âge de 60 ans, et qui sollicitent la prise en charge de leurs frais d'hébergement.

*Dans les Yvelines, l'obligation alimentaire n'est pas sollicitée envers les petits-enfants.*

LIEN DE PARENTÉ	NOM, PRÉNOM	ADRESSE	O.A. DEMANDÉE PAR LE C.C.A.S. LE :
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**BÉNÉFICIEZ-VOUS D'UNE DES PENSIONS, MAJORATIONS OU AIDES SUIVANTES, NON CUMULABLES AVEC L'ACTP ① ET L'APA ② ? (Cocher la case correspondant à votre réponse)**

TYPES D'AIDE	MONTANT	DATE DE FIN
Majoration pour aide constante d'une tierce personne ① ②	.....	□ □ □ □ □ □ □ □
Majoration de la rente au titre d'un accident de travail ①	.....	□ □ □ □ □ □ □ □
Allocation compensatrice pour tierce personne ②	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	□ □ □ □ □ □ □ □
Prestation de compensation du handicap ① ②	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	□ □ □ □ □ □ □ □
Aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale ②	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	□ □ □ □ □ □ □ □
Aide ménagère versée par la caisse de retraite ② .....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	□ □ □ □ □ □ □ □

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES  
AVIS ET SIGNATURE DU MAIRE SAUF POUR L'ACTP ET L'APA**

Fait à ....., le .....

**Vous avez sollicité le bénéfice de l'aide sociale, j'ai l'honneur de vous faire savoir que**

**L'AIDE SOCIALE EST RÉCUPÉRABLE SAUF L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE :**

- ◆ Sur votre succession (en aucun cas sur les biens appartenant à vos parents ou enfants) ➤ *c'est le recours en récupération sur succession.*

En fonction des sommes avancées par le Département, cette récupération s'exerce au 1<sup>er</sup> € pour l'aide sociale à l'hébergement, au-delà d'un seuil pour les aides à domicile (46 000 €).

Pour les personnes handicapées, il n'y a pas de récupération si les héritiers sont le conjoint, les parents, les enfants ou la personne ayant assumé de façon effective et constante la charge du handicapé.

- ◆ Sur vos revenus, si votre situation financière s'améliore, par exemple à la suite d'un héritage ➤ *c'est le retour à meilleure fortune. Pour les personnes handicapées, aucune récupération.*
- ◆ Sur la personne à laquelle vous avez fait donation, 10 ans avant la demande d'aide sociale ou après l'attribution de l'aide ➤ *c'est le recours contre le donataire. Pour les personnes handicapées, aucune récupération.*
- ◆ Sur la personne que vous avez désignée comme légataire de vos biens ➤ *c'est le recours contre le légataire. Pour les personnes handicapées, aucune récupération.*

**LA PRISE D'HYPOTHÈQUE EST POSSIBLE :**

Pour garantir la créance, le Département peut prendre une hypothèque sur vos biens immobiliers, **sauf pour les prestations à domicile**. Aucune prise d'hypothèque lorsque l'aide sociale est accordée à une personne handicapée.

**LES FRAUDES OU FAUSSES DÉCLARATIONS :**

Peuvent entraîner des poursuites judiciaires en application des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code Pénal.

**CONFORMÉMENT À LA LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTES » DU 6 JANVIER 1978 :**

Les renseignements portés sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique.

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 Général - Direction de l'Autonomie - 2 place André Mignot - 78012 VERSAILLES Cedex.

**J'atteste sur l'honneur que :**

- les renseignements portés sur ce document sont exacts,
- je m'engage à informer l'organisme qui a constitué la demande ou le Conseil Général concerné de toute modification de ma situation ainsi que celle des personnes vivant au foyer et à faciliter toute enquête,
- j'accepte, dans le cadre d'une demande qui nécessite une coordination éventuelle avec d'autres financeurs, que les éléments de ce dossier soient communiqués aux gestionnaires de ces prestations.

**LU ET APPROUVÉ, le .....**

**Signature du demandeur  
ou de son représentant légal  
(Nom – Prénom en toutes lettres)**

**ENVOI DU DOSSIER**

*Pour les personnes accueillies en établissement (maison de retraite, foyer logement, unité de vie, foyer jeunes travailleurs ...) ou en famille d'accueil, qui, avant leur entrée, étaient domiciliées depuis plus de 3 mois :*

- dans un département situé hors Yvelines, le dossier est à envoyer au Conseil Général de ce département
- dans le département des Yvelines, le dossier est à envoyer à la mairie ou au Centre Communal d'Action Sociale (C.C.A.S.) du lieu de résidence privée avant l'entrée en établissement.

*Pour les personnes à domicile dans les Yvelines, le dossier doit être envoyé au C.C.A.S. du lieu de résidence. Pour l'A.P.A. et le renouvellement de l'allocation compensatrice, il peut aussi être envoyé directement au Conseil Général des Yvelines - Direction de l'Autonomie - 2 place André Mignot - 78012 VERSAILLES Cedex.*

## JUSTIFICATIFS À JOINDRE À LA DEMANDE

### ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (A.P.A.)

- Copie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté européenne ou extrait de naissance
- Pour les personnes de nationalité étrangère, hors Communauté européenne : copie **recto verso** du titre de séjour en cours de validité
- Copie du dernier avis d'imposition (**les 4 pages**) ou de non-imposition sur le revenu du demandeur et le cas échéant de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un PACS ou celui sur lequel le demandeur figure à charge
- Si le demandeur figure comme personne à charge sur l'avis d'imposition d'un tiers : justificatifs de ses revenus de capitaux mobiliers et de ses revenus fonciers
- Pour les propriétaires, copie de la taxe foncière de chaque bien immobilier
- Relevé d'identité bancaire **original de moins de 3 mois au nom du demandeur**
- **Pour l'APA à domicile** : le certificat médical et la grille AGGIR complétés par le médecin traitant et joints au dossier sous pli cacheté (*facultatif*)
- **Pour l'APA en établissement** : arrêté de tarification délivré par l'établissement d'accueil situé hors Yvelines.

### AIDE MÉNAGÈRE, FOYER REPAS, FRAIS D'HÉBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENT OU EN FAMILLE D'ACCUEIL

- Pour les personnes âgées de 60 à 65 ans, justificatif de l'incapacité au travail
- Pour les personnes ayant eu avant 60 ans une reconnaissance du statut d'adulte handicapé, justificatif à fournir
- Pour les personnes de nationalité étrangère, hors Communauté européenne : copie **recto verso** du titre de séjour en cours de validité
- Copie des 3 derniers justificatifs de revenus du foyer (*dernier avis de versement des retraites, rentes ou allocations, bulletins de salaire, relevés bancaires...*)
- Pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail : copie de la dernière notification d'attribution
- Copie du dernier avis d'imposition (**les 4 pages**) ou de non-imposition sur le revenu ou de la dernière déclaration fiscale du demandeur et le cas échéant de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un PACS ou celui sur lequel le demandeur figure à charge
- Copie des déclarations fiscales annuelles de chaque caisse de retraite du demandeur, et le cas échéant, de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un PACS
- Justificatifs des revenus de capitaux mobiliers (joindre tableau récapitulatif téléchargeable sur [www.yvelines.fr](http://www.yvelines.fr) : livrets d'épargne, assurance vie, autres...) et des revenus fonciers
- **Pour les frais d'hébergement d'une personne âgée n'ayant jamais eu, avant l'âge de 60 ans, de reconnaissance du statut d'adulte handicapé** : copie intégrale du livret de famille mis à jour, du demandeur (*sauf pour les célibataires sans enfant*) et, le cas échéant, imprimés relatifs aux obligés alimentaires.

### RENOUVELLEMENT DE L'ALLOCATION COMPENSATRICE (ACTP – ACFP)

- Pour les personnes de nationalité étrangère, hors Communauté européenne : copie **recto verso** du titre de séjour en cours de validité
- Copie du dernier avis d'imposition (**les 4 pages**) ou de non imposition sur le revenu du demandeur et le cas échéant de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un PACS ou celui sur lequel le demandeur figure à charge
- Si le demandeur figure comme personne à charge sur l'avis d'imposition d'un tiers : justificatifs de ses revenus de capitaux mobiliers et de ses revenus fonciers
- Relevé d'identité bancaire **original de moins de 3 mois au nom du demandeur si changement**
- Certificat médical « personne adulte handicapée » complété par le médecin traitant sous pli cacheté.