

DÉPARTEMENT DE L'HÉRAULT
MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE

DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE PERSONNES
AGÉES ET PERSONNES HANDICAPÉES
DIRECTION DE L'OFFRE MÉDICO SOCIALE
SERVICE AIDES SOCIALES

BÂT ALCO 2
1350 rue d'Alco
BP 7353
34086 MONTPELLIER CEDEX 4

Tél : 04 67 67 69 30
Site internet : <https://mda.herault.fr>



DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE PERSONNES AGÉES

HEBERGEMENT TEMPORAIRE ET/OU ACCUEIL DE JOUR

LA DEMANDE CONCERNE :

☐ **HEBERGEMENT TEMPORAIRE**

➤ 90 jours par période de 12 mois à compter de la date du premier placement

☐ **ACCUEIL DE JOUR**

➤ 120 jours par période de 12 mois à compter de la date du premier placement

Dossier à transmettre avant le premier placement

Dispositions informatiques et libertés :

Les données à caractère personnel recueillies pour l'instruction des demandes d'aide sociale sont nécessaires et font l'objet d'un traitement informatique par le Département de l'Hérault. Conformément à la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant. Toute demande dans ce sens devra être adressée à :

MDA - Hôtel du département - Mas d'Alco - 1977 avenue des Moulins - 34087 Montpellier cedex 4



AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES

- ☐ 1^{ÈRE} DEMANDE
☐ RENOUELEMENT

LE DEMANDEUR :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Domicile privé occupé au moins 3 mois consécutifs avant toute entrée en établissement
(Domicile de secours Art. L122-2 du CASF) :

Rue :

Commune : Code postal :

ATTESTATION SUR L'HONNEUR :

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.

Je m'engage à informer le Conseil départemental de toute modification de ma situation ainsi que celle des personnes vivant au foyer et à faciliter toute enquête.

A le,

Signature du demandeur ou
du représentant légal

IDENTITÉ - SITUATION	LE DEMANDEUR	CONJOINT(E), PARTENAIRE DE PACS OU CONCUBIN
Nom de naissance		
Nom marital ou d'usage		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
Situation de famille		
Mail		
N° de téléphone		
Nationalité		
Date d'arrivée en France pour les ressortissants de nationalité étrangère		

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection :

- ☐ OUI (joindre une copie intégrale du jugement)
- ☐ NON
- ☐ Demande en cours

Nom du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

Adresse :

Tél :

Courriel :

COORDONNÉES DE LA PERSONNE VOUS AIDANT DANS VOS DÉMARCHES :

M ou Mme :

Lien de parenté :

Adresse :

Tél :

Courriel :

RESSOURCES MENSUELLES :
Justificatifs à joindre obligatoirement

	LE DEMANDEUR	CONJOINT(E) OU PARTENAIRE DE PACS OU CONCUBIN
Salaires		
Pensions et retraites		
Allocations diverses (AAH, pension d'invalidité..)		
Allocation logement		
Revenus fonciers (Locatifs)		
Capitaux mobiliers		
Autres		

LISTE DES PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE
SOCIALE :

IDENTITÉ	☐ Copie recto / verso de la carte d'identité ou passeport ou extrait de naissance ou titre de séjour en cours de validité
	☐ Copie intégrale du livret de famille
JUSTIFICATIFS RESSOURCES DU MENAGE	☐ Photocopie intégrale du dernier avis d'imposition sur le revenu
	☐ Justificatifs des ressources : (salaires, retraites, pensions, rentes : viagères, accident travail, AAH, pension d'invalidité, loyers, APL ou ALS)
	☐ Relevés des comptes courants (dans la totalité) des 3 derniers mois
PATRIMOINE	☐ Attestation(s) bancaire(s) des placements (titres, actions, obligations, assurance-vie...)
PROTECTION JUDICIAIRE	☐ Copie du dernier jugement de la mesure de protection en cours
AUTRES	En cas d'inaptitude au travail : ☐ Justificatif d'une inaptitude d'au moins 2/3 pour le demandeur âgé de 60 à 65 ans
	☐ Attestation de présence en établissement : ➤ Pour l'hébergement temporaire : dates du séjour envisagé et nombre de jours facturés ➤ Pour l'accueil de jour : fréquence d'accueil

Relevé des capitaux placés du foyer (imposables ou non) de l'année civile précédant la demande

Produits	Capital	Intérêts perçus ou capitalisés de l'année écoulée
Compte courant		
Livret d'épargne		
1 ^{er} livret		
2 ^{ème} livret		
Livret d'Epargne Populaire (LEP)		
CODEVI		
Livret ou Compte Epargne Logement		
Bons d'épargne, bons de caisse, bons de capitalisation		
Epargne assurance vie		
Plan d'Epargne Populaire (PEP)		
Obligations - Actions		
SICAV et Fonds communs de placement		
Bons anonymes		
Autres, à préciser :		

Je soussigné(e) :

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

Adresse : _____

Autorise les organismes bancaires et financiers, à fournir tout renseignement utile sur le montant des capitaux placés et produits d'épargne.

A _____, le _____

Signature :

L'établissement bancaire :

L'organisme financier :

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

A _____, le _____

Cachet et signature :

GLOSSAIRE

AAH : Allocation adultes handicapés

ALS : Allocation de logement sociale

APL : Aide personnalisée au logement

CAF : Caisse d'allocations familiales

CCAS : Centre communal d'action sociale

CIAS : Centre inter-communal d'action sociale

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes

MDA : Maison départementale de l'autonomie

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

USLD : Unité de soins longue durée

