



DÉPARTEMENT DE L'HÉRAULT
MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE

DIRECTION GENERALE ADJOINTE PERSONNES
AGEES ET PERSONNES HANDICAPEES
DIRECTION DE L'OFFRE MEDICO 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 A L'HEBERGEMENT PERMANENT

Identité du demandeur :

Nom

Prénom

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

L'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT

POURQUOI ?

L'aide sociale est une aide départementale qui permet de couvrir une partie des frais de séjour pour les personnes en situation de handicap ou âgées dans un établissement. Elle est attribuée aux personnes qui ne peuvent pas financer seules leurs frais d'hébergement.

Cette aide peut faire l'objet d'une mise en œuvre de l'obligation alimentaire et/ou d'une récupération.



EN ÉTABLISSEMENT OU EN ACCUEIL FAMILIAL:

En établissement habilité à l'aide sociale : le département contribue au financement des frais d'hébergement.

En accueil familial : le département contribue au financement de la rétribution des accueillants familiaux titulaires d'un agrément qu'il leur a délivré.

POUR QUI ?

- Les personnes âgées : avoir 65 ans et plus, ou entre 60 et 65 ans avec une inaptitude au travail
- Les personnes en situation de handicap : avoir 20 ans et plus
- De nationalité française
- Pour les demandeurs de nationalité étrangère : selon conditions réglementaires
- Avoir acquis son domicile de secours dans l'Hérault par une résidence habituelle de 3 mois ininterrompus avant le placement
- Résider en France de manière stable et régulière

COMMENT ?

La demande d'aide sociale doit obligatoirement être déposée au CCAS ou à la mairie de résidence du demandeur.

L'aide sociale à l'hébergement prend effet au premier jour de la quinzaine qui suit la date de dépôt du dossier au CCAS ou à la mairie. Elle peut prendre effet à compter de la date d'entrée en établissement si la demande a été déposée dans un délai de 2 mois suivant l'entrée en établissement.

CADRE REGLEMENTAIRE

L'attribution de l'aide sociale à l'hébergement est subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire et à une procédure de récupération. Une prise d'hypothèque est également possible sur le ou les biens immobiliers. Les personnes sollicitant l'aide sociale s'engagent à prendre connaissance des dispositions suivantes :

1 – L'OBLIGATION ALIMENTAIRE

Article L 132-6 du code de l'action sociale et des familles et articles 205 à 212 du code civil

- Concernant les ascendants et descendants en ligne directe
- La contribution des époux au titre du devoir de secours

La liste nominative des personnes tenues à l'obligation alimentaire doit figurer au dossier de demande d'aide sociale. Le refus explicite de communiquer les informations concernant les obligés alimentaires est de nature à rejeter l'admission à l'aide sociale. Chaque obligé alimentaire est tenu de compléter un dossier d'obligation alimentaire afin que leur éventuelle part contributive soit évaluée. A défaut, les services fiscaux seront saisis.

2 – LA RECUPERATION DE L'AIDE SOCIALE

Articles L 132-8, R 132-11 et R 132-16 du code de l'action sociale et des familles

L'aide sociale revêt le caractère d'une avance financière accordée au bénéficiaire.

Les sommes versées par le Département sont ainsi récupérables dans les situations suivantes :

Du vivant du bénéficiaire :

- En cas de retour à meilleure fortune
- En cas de donation dans les 10 ans précédent la demande d'aide sociale ou après attribution de celle-ci
- En cas de vente d'un bien immobilier appartenant au bénéficiaire

Le Département doit être informé de toute vente immobilière du bénéficiaire, pour étudier la main levée hypothécaire

Au décès du bénéficiaire :

- Auprès du légataire
- Sur l'actif net de la succession dès le 1^{er} euro
- Auprès du bénéficiaire du contrat d'assurance vie (sur les primes versées après 70 ans)

Concernant les personnes en situation de handicap, des dispositions spécifiques existent pour les actions en récupération (loi du 11/02/2005 et loi du 28/12/2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement). Les procédures de récupération sont limitées à la succession du bénéficiaire, tout en exonérant les héritiers : conjoint, enfants, petits-enfants, légataires et tiers aidants.

3 – HYPOTHÈQUE

Articles L 132–9, R 132-13 et R 132-16 du code de l'action sociale et des familles

Les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement sont grevés d'une hypothèque légale en garantie du recours sur succession.

4 – REVERSEMENT DE RESSOURCES

Article L 132-3 du code de l'action sociale et des familles

L'attribution de l'aide sociale à l'hébergement est subordonnée au règlement d'une participation aux frais d'hébergement à hauteur de 90% des ressources du bénéficiaire, avec une somme minimale qui est fixée par décret.

5 – FRAUDE ET FAUSSE DÉCLARATION

Articles 313-1, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal, article L 135-1 du code de l'action sociale et des familles

Le fait de percevoir ou de tenter de percevoir l'aide sociale de manière frauduleuse est punie de 5 ans d'emprisonnement et 375 000€ d'amende à titre principal.

Les faux, usage de faux et de déclaration mensongère sont sanctionnés par 2 à 3 ans d'emprisonnement et de 15 000€ à 30 000€ d'amende

6 – PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Articles L 131-5, L 132-3, L 241-1, L 241-6, L 241-8, L 242-4, L 146-9, R 344 et suivants du code de l'action sociale et des familles

- **Âgées entre 20 et 60 ans** (conditions non cumulatives) :
 - Justifier d'une orientation par la CDAPH vers un établissement spécialisé ou
 - Justifier d'un taux d'invalidité d'au moins 80% reconnu par la CDAPH
 - Être dans l'impossibilité de se procurer un emploi
- **Agées de 60 à 65 ans** (conditions non cumulatives) :
 - Justifier d'un taux d'incapacité d'au moins 80% reconnu par la CDAPH avant 65 ans
 - Justifier d'une orientation par la CDAPH vers un établissement spécialisé
 - Justifier d'une inaptitude au travail d'au moins 50%

S'agissant de la contribution aux frais d'hébergement, les personnes en situation de handicap conservent un minimum de ressources correspondant à un plancher de 30% de l'AAH.

7 – SITUATION DES PERSONNES ETRANGERES

Articles L 233-1 et L 410-1 et suivants du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

Pour avoir accès à l'aide sociale à l'hébergement, les personnes étrangères doivent disposer d'une résidence stable et habituelle sur le territoire français. Elles doivent également justifier d'un titre de séjour en cours de validité.

Concernant les ressortissants de l'union européenne, ils peuvent bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement s'ils disposent de ressources suffisantes et d'une assurance maladie.

- ☐ 1^{ÈRE} DEMANDE
☐ RENOUELEMENT

A COMPLÉTER PAR LE CIAS, LE CCAS OU LA MAIRIE :Date dépôt de la demande : Cachet : Courriel du CCAS ou mairie : **A COMPLÉTER PAR 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 : **LA DEMANDE CONCERNE :****HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES**

- | | |
|--|---|
| ☐ EHPAD | ☐ USLD |
| ☐ Résidence autonomie | ☐ Accueil familial agréé |

Nom de l'établissement : Date de prise en charge souhaitée : **HÉBERGEMENT POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

- | | |
|---|--|
| ☐ Foyer d'accueil non médicalisé | ☐ Foyer d'hébergement |
| ☐ Foyer d'accueil médicalisé | ☐ Foyer logement |
| ☐ Accueil familial agréé | ☐ Foyer de vie |

Nom de l'établissement :

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		

Il vous appartient de demander dès l'entrée en établissement :

- L'aide au logement auprès de la CAF ou la MSA :

Une demande a-t-elle été déposée?

- ☐ OUI
☐ NON
☐ Demande en cours

- L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) auprès de votre caisse de retraite si vos ressources sont inférieures au plafond légal

Une demande a-t-elle été déposée?

- ☐ OUI
☐ NON
☐ Demande en cours

- L'ASPA doit également être demandée pour votre conjoint resté à domicile si ses ressources sont inférieures au plafond légal

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONCERNANT VOTRE PATRIMOINE :

Je soussigné(e) Nom : Prénom :

Date de naissance :

Déclare sur l'honneur :	OUI	NON
-------------------------	-----	-----

➤ Avoir des biens mobiliers (livrets, comptes productifs d'intérêts, capitaux placés...)	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------

➤ Avoir des biens immobiliers	☐	☐
Si oui, sont-ils loués ?	☐	☐
Y a-t-il un projet de vente ?	☐	☐

➤ Avoir souscrit un contrat d'assurance vie	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------

Déclare sur l'honneur, depuis moins de 10 ans :

➤ Avoir fait une donation	☐	☐
---------------------------	--------------------------	--------------------------

➤ Avoir vendu un bien immobilier	☐	☐
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

DECLARATION DE DOMICILE DE SECOURS :

Je soussigné(e) Nom: Prénom:

Né(e) le:

Certifie sur l'honneur avoir mon domicile privé à l'adresse suivante (au moins 3 mois consécutifs avant toute entrée en établissement, accueil familial ou établissement hospitalier - domicile de secours Art. L122-2 du CASF) :

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



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 A L'HEBERGEMENT

Preuve de dépôt de la demande à faire compléter par le CCAS ou la mairie :

- A joindre au dossier de demande
- A présenter à l'établissement, au juge aux affaires familiales... le cas échéant

A COMPLÉTER PAR LE CIAS, LE CCAS OU LA MAIRIE :

Nom et prénom du demandeur :

Date dépôt de la demande :

Cachet :

Courriel du CCAS ou mairie :

[illegible]

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

		PERSONNE ÂGÉE	PERSONNE HANDICAPÉE
IDENTITÉ	☐ Copie recto / verso de la carte d'identité ou passeport ou extrait de naissance ou titre de séjour en cours de validité	X	X
	☐ Copie intégrale du livret de famille	X	X
DOMICILE DE SECOURS	☐ Attestation sur l'honneur concernant le domicile de secours	X	X
JUSTIFICATIFS RESSOURCES DU FOYER	☐ Photocopie intégrale du dernier avis d'imposition sur le revenu	X	X
	☐ Justificatifs des ressources : (salaires, retraites, pensions, rentes : viagères, accident travail, AAH, pension d'invalidité, loyers, APL ou ALS)	X	X
	☐ Relevés des comptes courants (dans la totalité) des 3 derniers mois	X	X
CHARGES	☐ Taxe foncière	X	X
	☐ Mutuelle santé (échancier de l'année en cours)	X	
	☐ Frais de tutelle (le cas échéant)	X	X
PATRIMOINE	☐ Intérêts des différents comptes d'épargne au 31 décembre de l'année précédente	X	X
	☐ Attestation(s) bancaire(s) des placements (titres, actions, obligations, assurance-vie...)	X	X
	☐ Copie intégrale des contrats assurance vie et contrats obsèques	X	X
	☐ Copie des actes d'acquisition, donation, vente, legs ou partage	X	X
PROTECTION JUDICIAIRE	☐ Copie du dernier jugement de la mesure de protection en cours	X	X
HANDICAP	Soit : ☐ Justificatif d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu avant 65 ans	X	
	Soit : ☐ Justificatif d'un placement au sein d'un établissement pour personne handicapée (FAM, FH, FL, SAVS...)	X	
	☐ Décision de la commission des droits à l'autonomie des personnes handicapées (orientation de la MDPH)		X
OBLIGATION ALIMENTAIRE	☐ Imprimé à compléter avec justificatifs demandés	X	
AUTRES	En cas d'incapacité au travail : ☐ Justificatif d'une incapacité d'au moins 50% pour le demandeur âgé de 60 à 65 ans	X	
	☐ Bulletin d'entrée en établissement	X	X
	☐ Contrat d'accueil familial	X	X
ETABLISSEMENT HORS 34	☐ Arrêté du Conseil départemental fixant les prix de journée dépendance et hébergement	X	X
	☐ Relevé de l'identité bancaire (RIB) de l'établissement	X	

GLOSSAIRE

AAH : Allocation adultes handicapés

ALS : Allocation de logement sociale

APL : Aide personnalisée au logement

ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées

CAF : Caisse d'allocations familiales

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CCAS : Centre communal d'action sociale

CDAPH : Commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées

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

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 :



AIDE SOCIALE AUX PERSONNES AGEES
(Articles L 132-4, R 132-3 et suivants du code de l'action sociale et des familles)

**DEMANDE D'AUTORISATION DE
PERCEPTION DES REVENUS**

Demande émanant de l'établissement :

Je soussigné(e) M./Mme le directeur de l'établissement :

atteste que (Nom Prénom) _____ résidant dans l'établissement précité, ne s'est pas acquitté(e) de sa contribution pendant 3 mois au moins et demande à M. le Président du Conseil départemental de l'Hérault l'autorisation de confier la perception directe des revenus au comptable de l'établissement pour :

Ces revenus se décomposent comme suit :

Pensions, rentes, revenus de capitaux mobiliers, aide au logement, autres...	Montant	Périodicité

Le comptable de l'établissement devra reverser au Département la part affectée au remboursement des frais et, au bénéficiaire, la portion laissée à sa libre disposition.

Fait à _____ , le _____

Visa du directeur de l'établissement :



AIDE SOCIALE AUX PERSONNES AGEES
(Articles L 132-4, R 132-3 et suivants du code de l'action sociale et des familles)

**DEMANDE D'AUTORISATION DE
PERCEPTION DES REVENUS**

Demande émanant du bénéficiaire de l'aide sociale :

Je soussigné(e) M., Mme : _____

Né(e) le : _____

Hébergé(e) au sein de l'établissement :

demande à M. le Président du Conseil départemental de l'Hérault l'autorisation de confier la perception directe de mes revenus au comptable de l'établissement.

Ces revenus se décomposent comme suit :

Pensions, rentes, revenus de capitaux mobiliers, aide au logement, autres...	Montant	Périodicité

Le comptable de l'établissement devra reverser au Département la part affectée au remboursement des frais et, au bénéficiaire, la part laissée à sa libre disposition.

Fait à _____ , le _____

Signature du demandeur :

Visa du directeur de l'établissement :