

N° DE DOSSIER :

N° DE PERSONNE :

N° DE Classothèque:

CCAS de

DATE DE DEPÔT AU CCAS : / /

DATE D'ARRIVÉE A LA CTM : / /

DOSSIER DECLARE COMPLET LE : / /

Dossier Familial

D'A.S.H.

AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT

Personne âgée

Personne en situation de handicap

1^{ère} demande

Renouvellement

Revision

AIDE SOLLICITÉE

Hébergement Personne Agée

Hébergement Personne Handicapée

Accueil familial

ETAT CIVIL

Marié.e Divorcé.e Séparé.e Madame Monsieur Pacsé.e Vie maritale Veuf.ve Célibataire

	Personne pour laquelle l'aide est demandée	Conjoint.e, concubin.e ou pacsé.e
Nom de naissance		
Nom de famille		
Prénom		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Nationalité		
Retraité.e	Oui Non	Oui Non
N° de Sécurité sSocial		
N° Allocataire CAF/MSA		
Organisme de Mutuelle		
Couverture Santé	Santé Décès	Santé Décès

Le dossier de demande intégralement rempli, accompagné des pièces justificatives doit être transmis
au CCAS de votre commune

ADRESSES DU DEMANDEUR/DE LA DEMANDEUSE

ADRESSE PRIVÉE ANTÉRIEURE À L'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT

Propriétaire Locataire Logé.e à titre gratuit
du au
Rue
Code postal Ville

ADRESSE ACTUELLE

Date d'arrivée
Accueil familial adulte Etablissement
Téléphone fixe Téléphone portable
Rue
Code postal Ville

PROTECTION JURIDIQUE

LE DEMANDEUR FAIT-IL / LA DEMANDEUSE FAIT-ELLE L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE ?

oui non Si oui (*joindre copie du jugement*)

Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle Curatelle renforcée

NOM ET ADRESSE DU TUTEUR/DE LA TUTRICE OU DE L'ASSOCIATION EN CHARGE DE LA MESURE :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Commune :

Code postal :

Tél. :

PERSONNE RÉFÉRENTE

PERSONNE À CONTACTER POUR LA VISITE D'ÉVALUATION À DOMICILE OU EN CAS D'URGENCE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Commune :

Code postal :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Courriel :

Lien de parenté :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR/DE LA DEMANDEUSE

RESSOURCES ANNUELLES – en €

Montant mensuel perçu par le demandeur/
la demandeuse

Montant mensuel perçu par le conjoint/la conjointe,
concubin.e ou pacsé.e

Retraite principale (à préciser)

Retraite complémentaire (à détailler)

Traitements et salaires

Bénéfices commerciaux

Bénéfices agricoles

Revenus locatifs (ou fonciers)

Allocations diverses

TOTAL MENSUEL

PATRIMOINE MOBILIER ET IMMOBILIER

à renseigner pour le demandeur/la demandeuse, et le cas échéant son conjoint/sa conjointe, son concubin/sa concubine ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS (1)

A - BIENS IMMOBILIERS (préciser la nature de ceux-ci, leur adresse et la valeur locative indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et les propriétés non bâties) :

NATURE : VALEUR LOCATIVE : €

ADRESSE :

Liste à compléter au besoin sur déclaration séparée à joindre au dossier

B - BIENS AYANT FAITS L'OBJET DE DONATION, PARTAGE, VENTE (dans les 10 ans précédents la demande) compléter la liste sur papier libre

NATURE : VALEUR VÉNALE : €

ADRESSE :

C - BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX NON PLACÉS (dont assurance-vie, actions, obligations)⁽²⁾ :

Nota : (1) Ne pas déclarer la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur/la demandeuse, son conjoint/sa conjointe, son concubin/sa concubine ou la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits-enfants. (2) Ne pas déclarer les capitaux placés, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan d'épargne logement, plan d'épargne en actions...), qui ne constituent pas du patrimoine dormant. En revanche la valeur des contrats d'assurance-vie, qui relèvent du patrimoine dormant, doit être déclarée.

AVIS MOTIVES SUR LES AVANTAGES SOLLICITES (C.C.A.S.)

Conditions d'isolement - autres

Avis du Président

Signature du Président de la Commission Administrative du C.C.A.S.

PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

MEMBRES DE LA FAMILLE TENUS A L'OBLIGATION ALIMENTAIRE (DESCENDANTS.T.E.S/CONJOINT.E)

NOM	PRENOM	PARENTÉ	ADRESSE	TÉLÉPHONE	ADRESSE MAIL

Ps : Chaque membre est tenu de remplir le formulaire supplémentaire portant obligation alimentaire

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné.e, _____ agissant en mon propre nom / en ma qualité de représentant.e de _____, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur ce document.

Fait à :

le : / /

Signature

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI «INFORMATIQUE ET LIBERTÉS»

Les traitements de l'Aide Sociale de la Collectivité Territoriale de Martinique sont informatisés.

Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi «Informatique et Libertés» du 6 janvier 1978.

Conformément à l'article 27 de cette Loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

1 - Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires : un défaut de réponse entraînera des retards ou

une impossibilité dans l'instruction du dossier.

2- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement des administrations et organismes habilités à avoir connaissance des dossiers de l'Aide Sociale en application des articles L 133-5, L 221-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

3- En tout état de cause, les personnes concernées ont le droit d'accès et de rectification sur les informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour exercer ce droit, vous devez vous adresser, en justifiant de votre identité à :

**M. le Président du Conseil Exécutif de Martinique | Rue Gaston DEFFERRE CS 30137 | 97201 Fort-de-France, Martinique
Téléphone : 0596 59 63 00 | Fax : 0596 72 68 10 | Courriel : courrier@collectivitedemartinique.mq**

SANCTIONS EN CAS DE FRAUDE

Vous êtes informé.e que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, vous expose à des sanctions pénales et financières en application des articles L331-1, L331-3, L 433-19, L 441-7 du Code Pénal, ainsi que, le cas échéant, à la récupération par la Collectivité Territoriale de Martinique des sommes indûment perçues.

