

**DEMANDE D'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT OU À DOMICILE
AU TITRE DES PERSONNES HANDICAPÉES**

NOM - Prénom : N° DOSSIER :

Date de naissance : Secteur :

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE

Hébergement : Domicile :

Décision :

Notifié le :

L'ensemble du dossier, accompagné **OBLIGATOIREMENT** des pièces justificatives, est à déposer auprès de la Mairie ou du Centre Communal d'Action Sociale de votre lieu de résidence.

Pour tout renseignement :

Département de la Marne
Pôle Solidarités
Direction de l'Autonomie
Service Personne Handicapées

2 bis, rue de Jessaint - CS 30454
51038 CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE Cedex
03 26 69 56 56



DOSSIER N°

**DEMANDE D'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT OU À DOMICILE AU TITRE DES
PERSONNES HANDICAPÉES**

PERSONNE POUR LAQUELLE L'AIDE EST DEMANDÉE

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance : NOM marital :

Prénom : Nationalité :

Date et lieu de naissance :

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) Veuf (ve) Séparé(e)

Protection juridique :

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection ? OUI NON

Sauvegarde Curatelle Tutelle

Si oui, préciser les noms et coordonnées de la personne désignée :

L'intéressé(e) réside-t-il depuis plus de 3 mois dans le Département de la Marne ? OUI NON

Adresse actuelle :

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Précisez s'il s'agit :

- du domicile
- de l'établissement d'hébergement (joindre le bulletin d'entrée)
- de l'accueil chez un particulier à domicile à titre onéreux
- Autres (ex : chez un enfant, un parent...)

Adresse précédente :

Date d'arrivée : Date de départ :

Adresse :

Numéro allocataire CAF ou MSA (à remplir IMPÉRATIVEMENT) :

CAF

MSA

marne.fr : DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES
: 2 bis rue de Jessaint - CS 30454
: 51038 Châlons-en-Champagne cedex
: tél. 03 26 69 51 51

NATURE DE L'AVANTAGE SOLLICITÉ (cocher les cases correspondantes)

Nature de l'établissement :

- Foyer d'hébergement
Foyer de vie
Foyer d'accueil médicalisé
IME
Accueil familial
Autres (à préciser)

Modalité d'hébergement ou d'accueil :

- Séjours temporaires
Service d'Activités de Jour : Revient tous les soirs dans sa famille
INTERNAT DE SEMAINE : Revient très régulièrement dans sa famille chaque week-end
INTERNAT PROLONGÉ : Retour au domicile deux fins de semaine par mois
INTERNAT COMPLET : Revient irrégulièrement dans sa famille ou pas du tout
Autre (à préciser) :

A domicile :

- Services ménagers
Portage de repas

Autres :

- Frais de vacances

AVANTAGE SOLLICITÉ

1^{ère} demande Renouvellement Révision

Nom de l'établissement d'hébergement, de l'accueillant familial ou de l'association prestataire :
.....
.....

Adresse complète :
.....
.....

Code postal Commune/Ville

N° téléphone : Adresse mail

Date d'admission :

Date de début de prise en charge par l'aide sociale souhaitée :

MEMBRES DE LA FAMILLE (uniquement pour les services ménagers et portage de repas)		
NOM - Prénom	Date de naissance	Parenté

ATTESTATION

RESSOURCES DU BÉNÉFICIAIRE À REMPLIR OBLIGATOIREMENT (transmettre TOUS les justificatifs)		
Nature	Organismes	Montant net MENSUEL perçu
AAH		
Salaire net		
Retraites		
Pensions invalidités		
Rentes invalidités		
Autres (préciser)		

Patrimoine : (Transmettre tous les justificatifs si vous cochez OUI)

BIENS MOBILIERS (Livrets A, LDD, PEL, Assurances vies.....) OUI NON

BIENS IMMOBILIERS (propriétés bâties et non bâties) OUI NON

BIENS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DONATION, PARTAGE ou LEGS
(dans les 10 ans précédant la demande d'aide sociale) OUI NON

Je soussigné(e) (Nom, Prénom, qualité)

Demeurant

Code postal Commune/Ville

Certifie sur l'honneur que les informations mentionnées ci-dessus sont exactes lors du dépôt de ma demande ce jour.

Fait à, le

Signature (obligatoire)

AVIS MOTIVÉ DU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE OU DU MAIRE (du lieu de résidence administrative)	
Fait à	Signature et cachet
Le	

COORDONNÉES DE LA PERSONNE À CONTACTER (pour tout renseignement complémentaire nécessaire à l'instruction de cette demande)

NOM - Prénom :

Qualité ou parenté :

Adresse :

Code postal : Commune/ville :

N° téléphone : N° portable :

Adresse mail :

LISTE DES PIÈCES À PRODUIRE PAR LE DEMANDEUR

(Personne pour laquelle l'aide est demandée)

- Demande d'Aide Sociale à compléter avec avis motivé du C.C.A.S.
- Carte d'identité recto verso ou copie lisible du livret de famille complet ou passeport ou titre de séjour en cours de validité
- Photocopie du jugement de tutelle (si vous êtes concerné(e))
- Notification d'attribution par la CDAPH de l'Allocation Adulte Handicapé en cours de validité
- Attestation de paiement par la CAF ou MSA récente (A.L.S ou A.P.L et A.A.H.)
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (EDF, eau, téléphone, quittance de loyer)
- Dernier avis d'imposition sur le revenu recto verso et faisant apparaître le détail des revenus ou justificatif d'imposition
- Adresse antérieure si l'intéressé(e) est hébergé(e) dans un établissement non acquisitif de domicile de secours
- Photocopie des **3 derniers relevés de compte(s) bancaire(s), des comptes d'épargne et de tous les placements (LEP, PEL, LDD,...)** faisant apparaître le montant du capital et les intérêts acquis au 1^{er} Janvier dernier, des titres, actions...
- Photocopie du **contrat d'assurance vie**, faisant apparaître le montant actualisé
- Photocopie des Taxes foncière ou matrice cadastrale des **biens immobiliers**
- Si les membres du foyer ont fait une donation, **donation-partage ou un legs** postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les 10 ans qui l'ont précédée : joindre copie de l'acte établi par le notaire

En complément des pièces mentionnées ci-dessus, veuillez y joindre selon la demande :

Pour une demande au titre des services ménagers et portage de repas :

- Coordonnées du service prestataire
- Certificat médical précisant le nombre d'heures préconisées pour de l'aide-ménagère.
- Explications circonstanciées des besoins (domaine d'intervention et conséquences du handicap)**
- Relevé d'Identité Bancaire de l'intéressé pour le Portage de repas
- Justificatifs de **toutes les ressources pour tous les membres du foyer** (3 dernières fiches de Salaire, notifications des retraites principales et complémentaires, Pensions et rentes d'Invalidités, Rente A.T., Allocation Veuvage, Pensions alimentaires....)
- Justificatif précisant votre taux d'invalidité (au moins égal à 80 % ou dans l'impossibilité de se procurer un emploi)

Pour une demande au titre de l'hébergement des personnes handicapées :

- Notification d'orientation de la CDAPH en cours de validité. (Demande à effectuer auprès de la MDPH)

Pour une demande au titre de l'amendement CRETON :

- Notification de la CDAPH de maintien au titre de l'amendement CRETON (Demande à effectuer auprès de la MDPH)
- Notification d'orientation de la CDAPH en cours de validité. (Demande à effectuer auprès de la MDPH)

Pour une demande au titre de l'accueil familial :

- Copie du Contrat d'Accueil + Agrément de la famille d'accueil
- Relevé d'Identité Bancaire de l'intéressé

Pour une demande en EHPAD avant l'âge de 60 ans :

- Attestation C.P.A.M., récente, pour la prise en charge du forfait soins en Long Séjour ou demande de dérogation d'âge si votre section est : « EHPAD »
- Nom de votre caisse de couverture sociale :
- Justificatif précisant votre taux d'invalidité (au moins égal à 80 % ou dans l'impossibilité de se procurer un emploi)

DOCUMENT IMPORTANT A CONSERVER

DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES RELATIVES AUX MENTIONS « INFORMATIQUE ET LIBERTÉS »

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'aide sociale à l'hébergement (ASH) ou d'aide à domicile pour personnes handicapées, mentionnée dans le Code d'action sociale et des familles, et de contrôler le droit.

Le Département de la Marne est le responsable de traitement. Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable de traitement est soumis (6-1-c du RGPD). Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Code de l'action sociale et des familles (CASF),
- Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de l'aide sociale à l'hébergement (ASH),
- Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs sociale et médico-sociale et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel,
- Arrêté du 6 mars 2018 fixant les spécifications techniques et les modalités de transmission d'informations relatives à l'APA et à l'ASH par les conseils départementaux au ministère des solidarités et de la santé,
- Règlement Départemental d'Aide Sociale du Département de la Marne.

Les données enregistrées sont celles des formulaires liées à la demande d'aide sociale à l'hébergement, ainsi que les informations librement fournies par l'utilisateur lors de l'instruction du dossier. Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée.

Les données et catégories de données sont celles énumérées à l'article R232-41 et l'annexe 2-3 du CASF. L'ensemble des données est obligatoire ; tout défaut de réponse entraînera l'impossibilité de traiter votre dossier.

Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir, en fonction de leurs missions :

- les centres communaux d'action sociale (CCAS),
- les Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux,
- l'ensemble des destinataires prévus à l'article R232-45 du CASF.

Les décisions sont notifiées à la personne ayant formulé la demande d'aide et à l'établissement d'accueil.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et à l'article R232-46 du CASF.

Conformément aux articles 15 et suivants du Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (ou « RGPD ») et aux articles 38 et suivants de la Loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, ainsi qu'un droit à la limitation du traitement. Vous pouvez également définir le sort de vos données après votre décès. Ces droits peuvent être exercés :

- Soit directement auprès du Pôle Solidarités - Direction de l'Autonomie - Service Personnes Handicapées par courrier postal ou par courriel à l'adresse ph@marne.fr ;
- Soit en vous adressant, par courrier postal, au Délégué à la protection des données - Département de la Marne - 2 bis rue de Jessaint - CS 30454 - 51038 Châlons-en-Champagne cedex ou par courriel à l'adresse suivante : dpo@marne.fr.

Toute réclamation concernant l'exercice de ces droits devra être portée à l'autorité nationale de contrôle (CNIL - 3, place Fontenoy TSA 80715 - 75334 Paris cedex www.cnil.fr).