

Votre demande

d'aide sociale

Aide ménagère

À compléter par la mairie, le CCAS ou CIAS :

Cachet :

Accusé réception de la demande

Le :



À compléter par le demandeur :

Nom – prénom :

La demande concerne :

Une personne âgée

Une personne handicapée

Service prestataire choisi :

Adresse du prestataire :

1ère demande

Renouvellement

Révision (motif) :

Vos droits débiteront le 1^{er} jour de la quinzaine suivant la date de dépôt du dossier

Conditions générales à remplir

Pour bénéficier de l'aide-ménagère, vous devez :

- être âgé de 65 ans ou plus ou être âgé de plus de 60 ans si vous êtes reconnu inapte au travail (médecine du travail)

Ou

- justifier d'une incapacité permanente supérieure ou égale à 80%, ou être, compte tenu de votre handicap, dans l'impossibilité de vous procurer un emploi.

Et

- résider en France, sous réserve des dispositions des articles L. 111-2 et L. 111-3 du CASF
- ne pas avoir de ressources suffisantes pour faire face à vos frais d'aide-ménagère. Vos ressources doivent être inférieures aux plafonds réglementaires suivants :

Plafonds de ressources au 1 ^{er} septembre 2017	
803,20 € par mois	Pour une personne seule
1246,97 € par mois	Pour un couple

Dépôt de la demande

Vous devez déposer votre dossier auprès :

- du Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale de votre domicile (CCAS ou CIAS),
- ou à défaut de votre mairie.

Ceux-ci disposent d'1 mois à compter du dépôt de votre demande pour transmettre le dossier au Président du Conseil départemental du Gers. Son avis est obligatoire.

Evaluation de vos besoins par le médecin du service médical du Conseil départemental du Gers

Après examen de votre dossier complet et si vous répondez aux conditions d'éligibilité, votre demande est transmise au médecin du service médical.

Il vous contacte par téléphone pour convenir d'un rendez-vous à votre domicile.

Il est chargé d'évaluer vos besoins en fonction de votre degré d'autonomie et de votre environnement. Il définit le nombre d'heures d'aide-ménagère et la durée d'attribution de l'aide.

Dans le mois suivant l'évaluation, vous recevez la décision d'aide sociale.



Attention, si vous ne remplissez pas les conditions d'éligibilité, aucune visite du médecin n'est programmée.

Constitution du dossier de demande d'aide-ménagère

Pour un traitement rapide de votre dossier, toutes les pièces doivent être déposées à la mairie ou au Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale relevant de votre domicile dans les 2 mois précédant la date présumée du début d'intervention du service d'aide-ménagère.

- Le dossier complété et signé par le bénéficiaire
- L'avis de la mairie ou du CCAS / CIAS avec cachet et signature
- Copie d'une pièce d'identité, extrait de naissance, passeport de l'union européenne, copie recto verso du titre de séjour en cours de validité ou carte de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA)
- Copie de l'attestation d'élection de domicile (imprimé cerfa 13482*02) pour les personnes sans domicile stable
- Copie du jugement de mise sous protection le cas échéant
- Certificat médical du médecin traitant précisant le nombre d'heures d'aide-ménagère
- Justificatif d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu avant 65 ans
- Les justificatifs de l'ensemble des ressources du foyer (retraites, AAH, fermage, bulletins de salaire...)
- Copie des 3 derniers relevés bancaires (3 mois complets)
- Justificatif de l'attribution de l'ASPA ou de l'ASI
- Attestation(s) bancaire(s) relative(s) aux placements (compte courant, obligations, actions...)
- Les intérêts des placements au 31 décembre de l'année précédente (livrets, plan épargne...)
- La déclaration des revenus soumis à prélèvements libératoires
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu du demandeur (les 4 pages) et le cas échéant celui du conjoint, concubin ou partenaire de PACS
- Copie du (des) contrat(s) assurance-vie (date et nom du ou des bénéficiaires)
- Copie avis d'imposition relatif à la taxe foncière sur les propriétés bâties ou non-bâties (les 4 pages)
- Copie intégrale des actes notariés, donation, vente...(pas d'attestation)
- Copie de l'extrait de la matrice cadastrale



Seuls les dossiers complets seront instruits

Tout dossier incomplet sera retourné à la mairie ou CCAS ou CIAS du domicile

Conséquences de l'admission à l'aide sociale aide-ménagère

Ce document doit être impérativement annexé à la demande

Les personnes sollicitant le bénéfice de l'aide-ménagère sont informées des dispositions suivantes :

1. La présente aide sociale est destinée aux plus démunis et n'est octroyée qu'à titre subsidiaire lorsque les droits objectifs des demandeurs à obtenir les mêmes prestations auprès d'un autre organisme, des membres de leur famille ou de tiers ayant des obligations envers eux sont insuffisants pour leur permettre de faire face à leurs besoins.

2. Conformément à l'article L.132-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), des recours sont exercés par le Département :

Au titre des personnes âgées :

- contre la succession du bénéficiaire sur la part de l'actif net successoral excédant 46 000 €, dans la limite des prestations allouées ;
- la récupération s'exerce au 1^{er} euro :
 - contre le bénéficiaire, lorsqu'un évènement nouveau améliore de manière substantielle sa situation financière (retour à meilleure fortune) ;
 - le légataire : dans la limite de la valeur des biens légués au jour de l'ouverture de la succession ;
 - le(s) donataire(s), lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les dix ans qui ont précédé cette demande (remboursement des sommes versées, dans la limite de la valeur des biens donnés).

Au titre des personnes handicapées :

La récupération s'exerce contre la succession du bénéficiaire sur la part de l'actif net successoral excédant 46 000 €, et dans la limite du montant des prestations allouées et de l'actif net successoral sauf s'il s'agit de son conjoint, ses enfants, ses parents, ou la personne qui a assumé de façon effective et constante la charge de la personne handicapée.

3. Il est rappelé que tout changement de la situation financière ou familiale du demandeur doit être signalé, dans les meilleurs délais, au service de l'aide sociale du Département.

4. Article L.135-1 du CASF : sans préjudice des paiements de restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du code pénal.

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus indiquées et autorise le Président du Conseil départemental à solliciter auprès des administrations compétentes toutes évaluations de mon patrimoine.

A, le

Signature du demandeur ou de son représentant légal

(Précédée de la mention « lu et approuvé ») :

1 - Demandeur

Monsieur Madame

Nom - Prénom :

Nom de naissance :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Vie de couple Veuf(ve)
 Séparé(e) Divorcé(e) Pacsé(e)

Date et lieu de naissance : le à

Nationalité : Date d'arrivée en France :

N° de sécurité sociale : N° matricule CAF ou MSA:

Êtes-vous retraité (e) ? Non Oui, organisme de retraite principal :

Avez-vous une mutuelle ? Non Oui, nom de l'organisme :

Bénéficiez-vous de l'aide à la complémentaire santé (ACS) ou de la CMU-C ? Non Oui

Autres assurances :

2 - Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)

Monsieur Madame

Nom - Prénom :

Nom de naissance :

Date et lieu de naissance : le à

N° de sécurité sociale : N° matricule CAF ou MSA:

Est-il (elle) retraité (e) ? Non Oui, organisme de retraite principal :

Bénéficie-t-il (elle) de l'ASPA (Allocation Solidarité aux Personnes Agées) : Non Oui

Votre conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e) demeure : à votre domicile à une autre adresse

Précisez :

3 - Personne qui vous aide dans vos démarches

Nom et prénom :

Lien (de parenté, autres...) :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Mail :

Précisez s'il s'agit de votre représentant légal (joindre la copie du jugement ou mandat) :

Tuteur Curateur

4 - Adresse actuelle

Date d'arrivée à cette adresse :

Adresse :

Chez :

Code postal : Commune :

N° Téléphone :

Vous êtes : Locataire Propriétaire Usufruitier(e) En viager
 Autre précisez :

Type de logement : Nombre de pièces :

Surface habitable :

Vivez-vous seul ? Oui Non (dans ce cas précisez le nom, le prénom des personnes vivant sous votre toit)

5 - Adresse précédente

A remplir obligatoirement, si vous avez changé d'adresse depuis moins de 3 mois.

Date d'arrivée à cette adresse :

Date de départ de cette adresse :

Adresse :

Chez :

Code postal : Commune :

Vous étiez : En établissement En famille d'accueil
 Locataire Propriétaire En viager Usufruitier(e)
 Autre précisez :

6 - Ressources et revenus

☛ Indiquez le dernier montant mensuel perçu

(Attention aux revenus trimestriels, les chiffres à reporter ci-dessous doivent être mensuels)

Nature des ressources (Salaires, rentes, pensions, retraites, fermage, ASPA, AAH, ...)	Montant mensuel perçu par vous-même	Montant mensuel perçu par votre conjoint, concubin ou partenaire PACS

☛ Indiquez le montant des revenus de capitaux au 31 décembre de l'année précédente

Placement producteur de revenus (LEP, LIV A...)	Intérêts annuels perçus par vous-même	Intérêts annuels perçus par votre conjoint, concubin ou partenaire PACS

7 - Biens immobiliers

Possédez-vous des biens immobiliers ?

Non

Oui

(Si oui remplissez le tableau)

Nature	Adresse	Revenus locatifs (€)
Demandeur		
Conjoint		

8 - Capitaux et comptes bancaires ou postaux

Disposez-vous de capitaux ? Non Oui (Si oui remplissez le tableau)

Titulaire du compte (demandeur, conjoint, les deux)	Nature du placement	Organisme bancaire	Montant du capital ou solde

Exemples : comptes-courant, obligations, actions, ...

9 - Donations

Avez-vous fait une ou des donations ? Non Oui (Si oui répondez aux questions)

A quelle(s) date(s) ?

La donation s'est-elle effectuée contre des charges particulières ? Non Oui

Si oui, précisez le type de charge :

obligation de soins

obligation d'entretien

versement d'une rente viagère, dans ce cas le versement est-il exécuté ? Non Oui

Si oui, montant : Périodicité :

10 - Assurances-vie

Avez-vous souscrit un ou des contrats assurance-vie ? Non Oui (Si oui remplissez le tableau)

Organisme	Montant actuel	Date de souscription	Nom et adresse des bénéficiaires

11 - Déclaration sur l'honneur

J'atteste sur l'honneur que :

- Les renseignements portés sur ce document sont exacts,
- 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 de son représentant légal
(Précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Avis du Maire / du CCAS ou CIAS

Favorable

Défavorable

Motif :

A, le

Cachet et signature du Maire ou du Président du CCAS ou CIAS :

Dispositions « Informatique 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 du Gers. Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les services départementaux et les organismes habilités à l'instruction des dossiers, au vu de leurs missions spécifiques. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, ainsi que d'un droit d'opposition à leur traitement pour motif légitime. Vous pouvez exercer ce droit en adressant un courrier au : Département du Gers, 81 route de Pessan, BP 20569 – 32022 Auch Cedex 9.