

NOM :

Prénom :

Commune :

Date de dépôt de la demande au CCAS/CIAS

Le

N° Dossier :

APF 64

Allocation Placement Familial Dossier de demande



PYRENEES
ATLANTIQUES
LE DEPARTEMENT

Personne Agée

Personne Handicapée

(Cocher les cases correspondantes)

- 1^{ère} demande - **date d'entrée**
en accueil familial :
- Renouvellement - date d'effet :

- 1^{ère} demande - date d'entrée
en accueil familial :
- Renouvellement - date d'effet :

Type d'orientation de la C.D.A.P.H

- Foyer d'hébergement d'ESAT
 Foyer de vie

- Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
 Autres (préciser) :

Type d'accueil

- Permanent
 Accueil de jour

- Temporaire : du au

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

ETAT CIVIL

LE DEMANDEUR

Nom (marital pour les femmes)	
Nom de naissance	
Prénom	
Date de naissance	
Nationalité	
N° allocataire CAF ou MSA Nom de la caisse	

<p style="text-align: center;">DOMICILE DU DEMANDEUR AVANT L'ENTREE EN ACCUEIL FAMILIAL</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p> <p>Code postal.....</p> <p>Commune.....</p> <p>Date d'arrivée:</p> <p>Date de départ :.....</p>	<p style="text-align: center;">ACCUEILLANT(E) FAMILIAL(E) AGREE(E)</p> <p>NOM – PRENOM</p> <p>.....</p> <p>Adresse.....</p> <p>.....</p> <p>Code postal.....</p> <p>Commune</p> <p>Téléphone :.....</p>
--	--

SITUATION ACTUELLE DU DEMANDEUR

<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> concubin	<input type="checkbox"/> en activité
<input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> PACS	<input type="checkbox"/> retraité(e)
<input type="checkbox"/> divorcé(e)	<input type="checkbox"/> veuf (ve)	
Le demandeur était-il locataire ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Le demandeur est-il usufruitier ? *	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Le demandeur est-il propriétaire de biens immobiliers ? (Bâties ou non-bâties)*	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

* Si « OUI » : joindre les justificatifs (quittance de loyer, taxe d'habitation, taxe foncière, déclaration de revenus fonciers, acte de donation,...)

MESURE DE PROTECTION / REFERENT FAMILIAL / PERSONNE DE CONFIANCE

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection ? * OUI NON

* Si « OUI » préciser la mesure et joindre la copie de la décision du juge des tutelles

Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée Sauvegarde de justice

Validité du **du**

Nom – Prénom du représentant légal du référent familial ou de la personne de confiance :

.....

Adresse

.....

Téléphone : **Courriel :**

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

■ Le demandeur

Je soussigné(e) agissant en mon nom propre/en ma qualité de représentant légal de
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à, le

Signature du demandeur (ou de son représentant)

■ Le Maire

Le Maire, soussigné, certifie que les renseignements fournis font l'objet d'une vérification par le Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale et que tous les justificatifs correspondants sont joints au présent dossier.
Il atteste que, à sa connaissance, le demandeur ne possède aucune autre source de revenus.

Fait à, le

Avis du CCAS/CIAS :

.....

.....

Signature du Maire, cachet

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

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

- Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera l'impossibilité d'instruction du dossier.

- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide en établissement.

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

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser selon la prestation dont vous bénéficierez, en justifiant de votre identité, à l'adresse ci-dessous.



DÉPARTEMENT DES PYRENEES-ATLANTIQUES

Délégation de Bayonne

Mission Accueil Familial PA / PH

4 allée des Platanes

64100 BAYONNE

APF 64 - ALLOCATION PLACEMENT FAMILIAL POUR PERSONNES AGÉES OU HANDICAPÉES

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

Dossier à retourner au C.C.A.S. / C.I.A.S au moins 4 mois avant la date d'échéance

- Dossier de demande d'aide sociale dûment complété, daté et signé, revêtu de l'avis du C.C.A.S. / C.I.A.S.
- Notice d'information sur les conditions et conséquences de l'admission à l'aide sociale signée par le demandeur ou son représentant légal (1 exemplaire pour le dossier, l'autre à remettre à l'intéressé)

JUSTIFICATIFS D'ETAT CIVIL

- Photocopie ou duplicata du (ou des livrets) de famille **dans leur intégralité** (y compris la page vierge qui suit la dernière page remplie)
- Carte d'identité ou passeport ou extrait de naissance (si la personne est célibataire)
- Photocopie du titre de séjour pour les étrangers
- Jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice, le cas échéant

JUSTIFICATIFS DES RESSOURCES ET CHARGES

- Dossier d'obligation alimentaire dûment rempli (pour une demande concernant une personne âgée)
- Dernier avis d'imposition sur les revenus ou à défaut dernière déclaration de revenus
- Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.)
- Relevés bancaires des 3 derniers mois
- Attestations des caisses de retraites ou organismes payeurs ou du Trésor Public indiquant les montants mensuels des retraites, pensions, rentes, y compris les ressources perçues à l'étranger
- Imprimé intitulé « relevé des capitaux placés » à faire remplir par le (ou les) établissement (s) bancaire(s) ou organisme(s) d'assurance(s).
Fournir la copie du ou des contrat(s) d'assurance(s) vie et le nom du/ou des bénéficiaire(s)
- Bulletin de paiement concernant l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)
- Photocopie des 3 derniers bulletins de salaires (exemple : en ESAT) ou relevés ASSEDIC avec mention de la dernière activité professionnelle
- Justificatifs de pension d'invalidité
- Echancier des frais de mutuelle et attestation annuelle (détail des prestations)
- Attestation d'octroi ou de refus de l'Aide à la Complémentaire Santé ou autre prise en charge spécifique, le cas échéant
- Attestation indiquant le coût mensuel de la mesure de protection (mandataire judiciaire)
- Attestation des frais d'assurance responsabilité civile
- Attestation des frais de contrat obsèques

SITUATION EN ACCUEIL FAMILIAL PA/PH

- Pour les personnes accueillies dans un autre département, la copie du contrat d'accueil dûment signé
- Attestation de déclaration à l'URSSAF et attestation des cotisations pour le dernier trimestre précisant les charges dues après exonérations, le cas échéant
- Photocopie des 3 derniers bulletins de salaires à destination de l'accueillant familial
- Notification d'orientation vers un établissement ADULTES par la CDAPH (pour les personnes handicapées)**
- Déclaration d'origine du handicap
- Le demandeur est titulaire d'une carte d'invalidité : photocopie de la carte d'invalidité ou notification COTOREP/CDAPH indiquant le taux d'incapacité de la personne

ATTESTATION D'AIDE AU LOGEMENT

- Bulletin de paiement ou de non-paiement (CAF ou MSA) de l'allocation logement en accueil familial

SITUATION DES BIENS AVANT L'ENTREE EN ETABLISSEMENT

- Si logé par un tiers à titre gratuit : Attestation de la personne qui hébergeait le demandeur avec dates de présence
- Si locataire : Les 3 dernières quittances de loyer sur lesquelles doit figurer l'adresse exacte du logement
- Si propriétaire : Relevé de la matrice cadastrale ou photocopie de la taxe foncière et relevé parcellaire d'exploitation
- Si donation, partage, vente ou arrangement de famille : Copie intégrale de l'acte notarié

NOTICE D'INFORMATION SUR LES CONDITIONS ET CONSÉQUENCES DE L'ADMISSION À L'AIDE SOCIALE

**A compléter et signer pour toute demande d'aide sociale.
1 exemplaire doit être conservé par le demandeur.
1 exemplaire est obligatoirement joint au dossier de demande.**

DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE
SOLIDARITÉS HUMAINES
DIRECTION DE L'AUTONOMIE

Définition de l'aide sociale départementale

L'aide sociale est l'expression de la solidarité de la collectivité liée à la notion de besoin, destinée aux personnes dont les ressources sont trop faibles pour faire face aux besoins engendrés par le handicap, l'âge, la dépendance, la maladie, les difficultés sociales ou économiques.

L'aide sociale a un caractère subsidiaire : elle n'intervient que si la mise en œuvre des ressources personnelles, de la solidarité familiale et des régimes de prévoyance ou d'assurance maladie s'avère insuffisante pour permettre au demandeur de faire face à ses besoins. Une participation financière est toujours laissée à la charge du bénéficiaire de l'aide sociale. Elle est fonction de ses ressources et de la nature de la prestation sociale accordée.

L'aide sociale a un caractère d'avance : pour la plupart des aides, des recours sont exercés par le Département en vue de la récupération des sommes avancées.
Elle revêt un caractère temporaire, renouvelable et révisable.

Conditions générales d'attribution et procédure

L'attribution de l'aide sociale est soumise à des conditions de résidence, de nationalité, de ressources du demandeur et de ses obligés alimentaires.

Toute demande d'aide sociale impose la constitution par le demandeur lui-même ou son représentant légal, d'un dossier auprès du CCAS/CIAS de son domicile.

Du fait du caractère subsidiaire de l'aide sociale, le Département doit s'assurer du bien-fondé de la demande, c'est pourquoi le demandeur doit justifier de sa demande en produisant tous les documents nécessaires, notamment ceux relatifs à son état civil, ses ressources, son patrimoine.

Le montant de la contribution du bénéficiaire aux frais d'hébergement est calculé sur la base du reversement de 90% de ses ressources augmentées de l'allocation logement.

Concernant les demandes d'aide sociale à l'hébergement et d'aide sociale à domicile pour la prestation repas des personnes âgées, le demandeur doit fournir obligatoirement la liste nominative et les adresses des personnes tenues à l'obligation alimentaire (ascendants et/ou descendants).

Cette obligation alimentaire (article 205 et suivants du Code civil) s'entend également de la contribution des époux aux charges du mariage (article 214 du Code civil).

Le Président du Conseil départemental évalue le montant de la participation de chacun des obligés alimentaires (enfants, parents) en fonction de leurs possibilités contributives. Le montant global constitué par l'addition des participations de chacun des obligés alimentaires est notifié à chaque obligé alimentaire. Ils sont tenus conjointement au versement de cette somme, en complément de la contribution financière du bénéficiaire de l'aide sociale. Il leur appartient de s'entendre sur la répartition de l'obligation alimentaire.

Conséquences de l'admission à l'aide sociale

1. **L'aide sociale est une avance récupérable** (Article 132-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF))

- ✓ Le recours contre la succession du bénéficiaire s'exerce exclusivement sur la succession du bénéficiaire et en aucun cas sur les biens appartenant aux parents ou enfants.
 - Mais, le recours sera exercé contre les héritiers lorsque la succession n'aura pas été déclarée aux services départementaux en temps opportun par ceux-ci ou par le notaire chargé de la succession.

- Pour **l'aide sociale à l'hébergement** ce recours s'exerce dès le 1^{er} euro de dépense engagée par le Département ; au-delà d'un seuil de 46 000 € pour les **aides à domicile** et pour les dépenses excédant 760€.
- Les personnes en situation de handicap bénéficient d'une exonération de tout recours sur succession lorsque les héritiers sont le conjoint, les enfants ou la personne qui a assumé la charge effective et constante de la personne handicapée.
- ✓ Le recours contre le donataire s'exerce sur la personne qui a bénéficié d'une donation de la part du demandeur dans les 10 ans précédant la demande d'aide sociale ou postérieurement à l'octroi de cette demande.
 - Le Département peut également engager un recours contre donataire envers la personne désignée comme bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie.
- ✓ Le recours contre le légataire s'exerce à l'encontre de la personne désignée comme légataire des biens.
- ✓ Le recours pour retour à meilleure fortune s'exerce sur les revenus, si la situation financière s'améliore de façon conséquente, à la suite par exemple, d'un héritage.
 - Pour les personnes en situation de handicap, ces trois derniers recours ne sont pas exercés, sauf pour les frais avancés au titre de l'aide ménagère et des repas.

Tous ces recours sont exercés à concurrence des sommes avancées par le Département et dans la limite de l'actif net successoral. Si la créance ne peut être récupérée en totalité, aucun recours n'est exercé à l'encontre des héritiers pour le surplus.

En garantie de ces recours, le Département peut requérir l'inscription d'une **hypothèque** légale sur les biens immobiliers appartenant au bénéficiaire de l'aide sociale, sauf pour les aides sociales à domicile. Le Département ne devient pas pour autant propriétaire du bien.

2. **Les fraudes ou fausses déclarations** peuvent entraîner des poursuites judiciaires, en application des peines prévues par les articles 313-1 et suivants du Code pénal, et le recouvrement des prestations indûment perçues.

Je soussigné(e)

demeurant

déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus lors du dépôt de ma demande d'aide sociale de ce jour,

Fait à le

*Après lecture intégrale, signature du demandeur ou de son représentant légal,
(préciser nom et prénom en toutes lettres)*

M. - M^{me} - M^{lle} - NOM :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Code postal :

à Monsieur le Directeur

Nom de l'établissement financier :

.....

Adresse :

.....

Code postal et ville:

.....

Monsieur le Directeur,

Dans le cadre de l'examen d'un dossier me concernant, je dois fournir un relevé de capitaux.

Aussi, je vous saurais gré de bien vouloir compléter le verso de ce document et me le retourner en indiquant **la nature et le montant de l'ensemble de mes capitaux qu'ils soient imposables ou non, productifs ou non de revenus..**

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués.

Fait à, *le*

Signature,

RELEVÉ DES CAPITAUX

Rappel : un imprimé doit être rempli pour le demandeur, ainsi que pour son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un P.A.C.S.

PRODUITS	CAPITAL	SI PRODUIT DE CAPITALISATION DATE D'OUVERTURE ET TERME
Compte chèque		
Livrets d'Épargne (préciser)		
Livret d'Épargne Populaire (L.E.P.)		
Livret du Développement Durable (L.D.D.)		
Compte Épargne Logement (C.E.L.)		
Plan Épargne Logement (P.E.L.)		
Plan d'Épargne Populaire (P.E.P.)		
Plan d'Épargne en actions (P.E.A.)		
Obligations - Actions		
S.I.C.A.V. Fonds communs de placement		
Bons d'Épargne Bons de caisse Bons de capitalisation		
Assurances vie (joindre obligatoirement une copie du contrat) <i>Nom et Prénom du(des) bénéficiaire(s)⁽¹⁾ :</i>		
Autres produits (à préciser)		

(1) : un recours contre donataire peut être exercé par le Département à l'encontre du bénéficiaire d'assurance vie requalifiée en donation indirecte.

Visa de l'établissement bancaire / financier

L'établissement

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

A , le

Cachet/Signature

Demandeur

Nom : _____

Prénom : _____

N° Dossier : _____

Obligé alimentaire

Nom : _____

Prénom : _____



DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE
SOLIDARITÉS HUMAINES

OBLIGATION ALIMENTAIRE

FORMULAIRE DESTINÉ À L'ÉVALUATION DE L'AIDE ALIMENTAIRE
POUVANT ÊTRE APPORTÉE À LA PERSONNE
POUR LAQUELLE L'AIDE EST DEMANDÉE

Prière de joindre à l'appui des renseignements fournis les pièces justificatives telles que :

- **Dernier avis d'imposition et dernière déclaration de revenus**
- **Feuille de paie ou attestation des salaires perçus**
- **Justificatifs des montants des pensions, retraites et allocations**
- **Copie du livret de famille (si marié).**

Cadre réservé à la DGASD

Cet imprimé devra être retourné de toute urgence

Monsieur le Maire, Président du Centre Communal ou intercommunal d'Action Sociale de _____

prie Monsieur le Maire, Président du Centre Communal d'Action Sociale de _____

de bien vouloir faire remplir d'urgence la présente formule par l'intéressé et donner son avis sur les renseignements fournis et sur les possibilités de celui-ci de venir en aide au bénéficiaire éventuel.

DÉBITEUR ÉVENTUEL D'OBLIGATION ALIMENTAIRE

NOM _____ PRÉNOM _____

Date et lieu de naissance _____ Situation de famille _____

Nationalité _____ Profession ou activité _____

Parenté avec le bénéficiaire éventuel _____

N° et voie _____ Commune _____ Code postal _____

Adresse _____ N° de téléphone _____

PERSONNES À CHARGE

	NOM - PRÉNOM	ANNÉE DE NAISS.	PARENTÉ AVEC LE DÉBITEUR ÉVENTUEL	MONTANT IMPOSITION			
				Impôts sur le revenu	Taxe d'habitation	Taxes foncières	Autres
	Le débiteur lui-même						
PERSONNES VIVANT AU FOYER							
PERSONNES VIVANT HORS DU FOYER							

Je déclare,

- aider actuellement ou pouvoir venir en aide à _____ dans les conditions exposées en dernière page
- ne pas pouvoir remplir les obligations imposées par les articles 205 et suivant du Code civil pour les motifs exposés en dernière page.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent document, et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

A _____ le _____
Signature du débiteur éventuel

CAPITAL DU FOYER

BIENS IMMOBILIERS			BIENS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DONATION, PARTAGE OU VENTE (Nature et lieu des biens, nom et adresse des bénéficiaires, valeur déclarée, date, nom du notaire, clause valeur annuelle)
Adresse précise : Précisez si vous êtes locataire ou propriétaire			
• BÂTI	Surface		
• NON BÂTI	Surface		

LEURS RESSOURCES

NATURE ET MONTANT ANNUEL DES REVENUS					AUTRES OBLIGATIONS ALIMENTAIRES
Salaire ou bénéfice déclaré	Allocations diverses	Pensions et retraites	Revenus du capital et autres	TOTAL	
					Si jugement, joindre copie.
					<input type="checkbox"/> Enfants :
					Nom et Prénom :
					Nom et Prénom :
					Nom et Prénom :
					Nom et Prénom :
					Nom et Prénom :
					Nom et Prénom :
					<input type="checkbox"/> Parents :
					Nom et Prénom :
					Nom et Prénom :
					Nom et Prénom :
					Nom et Prénom :

Le Maire soussigné, certifie l'exactitude de l'identité des personnes et des renseignements fournis. Il estime, en outre, que l'intéressé :

- pourrait venir en aide au bénéficiaire éventuel jusqu'à concurrence de _____
- ne pourrait pas venir en aide au bénéficiaire éventuel pour les raisons suivantes _____

A _____ le _____

Signature du Maire, cachet

EXTRAIT DU CODE CIVIL

Art. 203 - Les époux contractent ensemble, par le seul fait du mariage, l'obligation de nourrir, d'entretenir et d'élever leurs enfants.

Art. 205 - (Loi du 9 mars 1891). - Les enfants doivent des aliments à leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin.

Art. 206 - (Loi du 9 août 1919). - Les gendres et belles-filles doivent également dans les mêmes circonstances, des aliments à leurs beau-père et belle-mère, mais cette obligation cesse lorsque celui des époux qui produisait l'affinité et les enfants issus de son union avec l'autre époux sont décédés.

Art. 207 - Les obligations résultant de ces dispositions sont réciproques. Néanmoins, quand le créancier aura lui-même manqué gravement à ses obligations envers le débiteur, le juge pourra décharger celui-ci de toute ou partie de la dette alimentaire.

Art. 208 - Les aliments ne sont accordés que dans la proportion du besoin de celui qui les réclame et de la fortune de celui qui les doit. Le juge peut, même d'office, et selon les circonstances de l'espèce, assortir la pension alimentaire d'une clause de variation permise par les lois en vigueur.

Art. 209 - Lorsque celui qui fournit ou celui qui reçoit des aliments est replacé dans un état tel que l'on ne puisse plus en donner, ou que l'autre n'en ait plus besoin en tout ou partie, la décharge ou réduction peut être demandée.

Art. 210 - Si la personne qui doit fournir les aliments justifie qu'elle ne peut payer la pension alimentaire, le tribunal pourra, en connaissance de cause, ordonner qu'elle recevra dans sa demeure qu'elle nourrira et entretiendra celui auquel elle devra des aliments.

Art. 211 - Le juge aux affaires familiales prononcera également si le père ou la mère qui offrira de recevoir, nourrir et entretenir dans sa demeure, l'enfant à qui il devra des aliments, devra dans ce cas être dispensé de payer la pension alimentaire.

EXTRAIT DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

Art. 132-6 - Les personnes tenues à l'obligation alimentaire instituée par les articles 205 et suivants du Code civil sont, à l'occasion de toute demande d'aide sociale, invitées à indiquer l'aide qu'elles peuvent allouer aux postulants et à apporter, le cas échéant, la preuve de leur impossibilité de couvrir la totalité des frais.

Les enfants qui ont été retirés de leur milieu familial par décision judiciaire durant une période d'au moins trente-six mois cumulés au cours des douze premières années de leur vie sont, sous réserve d'une décision contraire du juge aux affaires familiales, dispensés de droit de fournir cette aide.

Cette dispense s'étend aux descendants des enfants susvisés.

La proportion de l'aide consentie par les collectivités publiques est fixée en tenant compte du montant de la participation éventuelle des personnes restant tenues à l'obligation alimentaire. La décision peut être révisée sur production par le bénéficiaire de l'aide sociale d'une décision judiciaire rejetant sa demande d'aliments ou limitant l'obligation alimentaire à une somme inférieure à celle qui avait été envisagée par l'organisme d'admission. La décision fait également l'objet d'une révision lorsque les débiteurs d'aliments ont été condamnés à verser des arrérages supérieurs à ceux qu'elle avait prévus.

Art. 132-7 - En cas de carence de l'intéressé, le représentant de l'État ou le Président du Département peut demander en son lieu et place à l'autorité judiciaire la fixation de la dette alimentaire et le versement de son montant, selon le cas, à l'État ou au Département qui le reverse au bénéficiaire, augmenté le cas échéant de la quote-part de l'aide sociale.

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES DU DÉCLARANT :
