

DIRECTION DE L'AUTONOMIE

Nom du demandeur

Prénom du demandeur

Commune

Canton

DOSSIER FAMILIAL D'AIDE SOCIALE

☐ Première demande

☐ Renouvellement

☐ Révision

À compter du :

☐ Hébergement personnes âgées

☐ Hébergement personnes handicapées

Établissement :

☐ Services ménagers à domicile

☐ Accueil familial

La demande est à transmettre avec l'ensemble des justificatifs au :

Centre Communal d'Action Sociale ou Centre Intercommunal d'Action Sociale

Il sera par la suite instruit par le

Conseil Départemental d'Indre-et-Loire

Centre Administratif du Champ Girault

38 rue Édouard Vaillant – 37041 TOURS Cedex 1

*Avec vous,
chaque jour !*

	LE DEMANDEUR	CONJOINT, CONCUBIN OU PARTENAIRE PACS
NOM		
PRÉNOM		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Situation de famille		
Profession ou activité		
N° de Sécurité Sociale		
Nom, adresse de l'employeur		

ADRESSE au moment de la demande d'aide sociale			
Date d'arrivée	N° et voie	Commune	Code postal et bureau distributeur
.....			
.....			

ADRESSES PRÉCÉDENTES (résidences de plus de 3 mois antérieures à l'hébergement actuel)				
Date d'arrivée	Date de départ	N° et voie	Commune	Département
.....				
.....				
.....				
.....				

PERSONNES A CHARGE						
NOM - PRÉNOM	Année de naissance	Parenté avec le demandeur	Montant Imposition			
			Impôts sur le revenu	Taxe d'habitation	Taxes foncières	Taxe professionnelle
Le demandeur						

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.

A, le.....
Signature du demandeur ou du (ou des) représentant(s) légal(aux)

MEMBRES DE LA FAMILLE TENUS A LA DETTE ALIMENTAIRE (aide sociale aux personnes âgées uniquement)					
Nom - Prénom Conjoints - Pères - Mères - Enfants - Gendres - Belles filles	Année de naissance	Parenté	Profession	Adresse précise	Revenu annuel à remplir par l'administration

CAPITAL DU FOYER						
A - BIENS IMMOBILIERS			B - BIENS MOBILIERS ET ÉPARGNE			
Adresse précise			LIVRETS ET COMPTES productifs d'intérêts		CAPITAL PLACÉ	
			Numéro		Nature	Actions
Non bâti	Surface		Montant		Montant	
Bâti	Nature		C - BIENS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DONATION, PARTAGE OU VENTE dans les 10 ans précédent la demande (personnes âgées seulement). (Nature et lieu des biens, nom et adresse des bénéficiaires, valeur déclarée, date, nom du notaire, clause, valeur annuelle).			
	Nombres de pièces					
	Surface des locaux					
	Valeur estimée					

RESSOURCES du demandeur de l'aide sociale					
Nature et montant mensuel des revenus					Charges mensuelles
Salaire ou bénéfice déclaré	Allocations diverses	Pensions et retraites	Revenus du capital et autres	TOTAL	Loyer et charges relatifs à l'habitation :
					Obligations alimentaires :
					Autres charges (mutuelle, frais de gestion tutélaire, autres...)

Le Président du CCAS soussigné certifie que les renseignements fournis ont fait l'objet d'une vérification par le CCAS. Il atteste qu'à sa connaissance le demandeur ne possède aucune autre source de revenu.

A, le
Signature du Président du CIAS ou CCAS + cachet