

APF

Allocation
placement
familial



Dossier de demande

N° :

NOM :

Prénom :

Commune du domicile de secours :

Date de dépôt de la demande au CCAS/CIAS :/...../.....

INSTRUCTEUR DU DOSSIER :

Conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques
DGASH – Direction de l'Autonomie
Service des Actions territoriales pour l'autonomie et la santé
Mission Accueil familial
Délégation de la Nive – 4 allée des Platanes – 64100 Bayonne

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

Personne Âgée
(+ de 60 ans)

Personne Handicapée

(Cocher les cases correspondantes)

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

Type d'orientation de la CDAPH

- 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

05 59 04 64 64
www.mda64.fr



Maison départementale de l'autonomie
des Pyrénées-Atlantiques



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

ÉTAT 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	

DOMICILE DU DEMANDEUR AVANT L'ENTRÉE EN ACCUEIL FAMILIAL	ACCUEILLANT(E) FAMILIAL(E) AGRÉÉ(E)
Adresse	NOM – PRÉNOM
.....
Code postal	Adresse
Commune
	Code postal
	Commune.....
Date d'arrivée	Téléphone
Date de départ	Mail

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 ? (bâti ou non-bâti)*	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Nombre d'enfants vivant ou non au foyer		

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

MESURE DE PROTECTION / RÉFÉRENT FAMILIAL / PERSONNE DE CONFIANCE

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

* Si « OUI » préciser la mesure et joindre la copie de la décision du Juge des contentieux de la protection

Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée Sauvegarde de justice
 Habilitation familiale Mandat de protection future

Validité du au

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 certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à, le

Signature du demandeur

Demandeur dans l'incapacité de signer
Tampon mairie/CCAS/CIAS ou établissement d'accueil

■ Si le demandeur est sous mesure de curatelle

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à, le

Signature du demandeur sous curatelle

■ Si le demandeur est sous une mesure de protection autre que curatelle :

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

Fait à, le

Signature du représentant légal

■ 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 AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016.

Le traitement des informations recueillies par ce formulaire est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le Conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques responsable du traitement de ces données.

Conformément à la réglementation en vigueur, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers en lien avec les prestations sollicitées.
- L'organisme gestionnaire de la prestation demandée peut également être amené à échanger des informations relatives à la situation du demandeur avec d'autres organismes, notamment l'administration fiscale, les organismes de sécurité sociale versant des prestations analogues, les collectivités territoriales et les organismes de recouvrement des cotisations sociales.
- Les données sont conservées pour une durée maximale de six ans, à compter de la cessation des droits du demandeur.
- En tout état de cause, le demandeur dispose d'un droit d'accès et de rectification des informations le concernant. Une copie des données à caractère personnel peut être délivrée à la demande de la personne.

Pour exercer l'ensemble de ces droits, il convient de s'adresser au Délégué à la protection des données :

Monsieur le Président du Conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques - A l'attention du Délégué à la protection des données (DPD) - Hôtel du Département - 64 avenue Jean Biray - 64000 Pau ou par mail à l'adresse : dpd@le64.fr