

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 Prestations sociales à l'autonomie
Mission Aide sociale à l'hébergement
Hôtel du Département – 64 avenue Jean Biray – 64058 Pau cedex 9

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

☐ **Aide sociale Personne Âgée**

☐ **Aide sociale Personne Handicapée**

(Cocher les cases correspondantes)

- ☐ 1^{re} demande - date d'effet :
☐ Renouvellement - date d'effet :
☐ Transfert d'établissement - date d'effet :

- ☐ 1^{re} demande - date d'effet :
☐ Renouvellement - date d'effet :
☐ Transfert d'établissement - date d'effet :

Type d'établissement

- ☐ EHPAD
☐ USLD
☐ Résidence autonomie

- ☐ Foyer d'hébergement d'ESAT
☐ Foyer de vie
☐ Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
☐ EHPAD / USLD / Résidence autonomie
☐ Autres (préciser) :

Type d'accueil

- ☐ Permanent
☐ Accueil de jour
☐ Temporaire
☐ Essai / stage

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

ÉTAT CIVIL

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT
Nom (d'usage)		
Nom de naissance		
Prénom		
Date de naissance		
Nationalité		

DOMICILE DU DEMANDEUR AVANT L'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT	ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL
Adresse _____ _____	NOM _____ _____
Code postal _____	Adresse _____ _____
Commune _____	Code postal _____
	Commune _____
Date d'arrivée à cette adresse : _____	Téléphone : _____
Date de départ de cette adresse : _____	Mail : _____

SITUATION ACTUELLE DU DEMANDEUR

☐ célibataire	☐ concubin	☐ en activité
☐ marié(e)	☐ PACS	☐ retraité(e)
☐ divorcé(e)	☐ veuf(ve)	

Le demandeur était-il locataire ? *

Le demandeur est-il usufruitier ? *

Le demandeur est-il propriétaire de biens immobiliers ? (bâtis ou non-bâtis)*

☐ OUI ☐ NON

☐ OUI ☐ NON

☐ OUI ☐ NON

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

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 | ☐ Sauvegarde de justice |
| ☐ Habilitation familiale | ☐ Mandat de protection future | |

Nom et adresse du Mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) ou du service ou de l'association tutélaire _____

Mail et téléphone : _____

(à remplir OBLIGATOIREMENT)

Déclarer également les ressources perçues trimestriellement (ramenées au mois).

CADRE RÉSERVÉ AUX PERSONNES ÂGÉES

Indiquer si décédés (enfants, belle-fille, gendre etc)

[illegible]

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