

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) M. ou M<sup>me</sup> : .....

agissant :  en mon nom propre  en qualité de représentant de M. ou M<sup>me</sup> .....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et dans les documents annexes. Je suis informé(e) que pour vérifier les déclarations, les services du Département peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer (art. L 232-16 de la loi du 20/07/2001 instaurant l'APA). Toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières prévues par la Loi (articles L 433-19, L 441-7, L313-1 et L313-3 du code pénal). Conformément à l'article 4.(11) du règlement général de protection des données personnelles qui définit le consentement comme « toute manifestation de volonté, libre, spécifique, éclairée et univoque par laquelle la personne concernée accepte, par une déclaration ou par un acte positif clair, que des données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement ».

Je donne mon consentement pour que mes données fassent l'objet d'un traitement informatique. Je ne donne pas mon consentement pour que mes données fassent l'objet d'un traitement informatique. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le département de Seine-et-Marne pour permettre la gestion de votre demande d'aide à l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie. Elles sont conservées pendant une durée de 3 ans après l'obtention de la dernière aide et sont destinées à être partagées entre les professionnels qui participent à la prise en charge du parcours de la personne âgée (médecins, hôpitaux, services d'aide à domicile, pôles territoriaux de l'autonomie, professionnels de santé, professionnels œuvrant dans le champ du social et du médico-social).

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la Direction de l'Autonomie.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la Direction de l'autonomie, par voie postale à l'adresse postale suivant : DA - service des Prestations - Hôtel du département - CS 50377 - 77010 MELUN cedex.

Fait le ..... à .....

Signature

Avis motivé sur les avantages sollicités :

Signature du Président de la Commission Administrative du Centre Communal d'Action Sociale

Décision de l'autorité compétente :

DEMANDE D'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT  
D'UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

N° DOSSIER

NOM DU DEMANDEUR : ..... Prénom : .....

Adresse actuelle : .....

Apt..... Étage ..... Bâtiment ..... Escalier ..... Digicode .....

Code postal..... Commune .....

Date d'arrivée à cette adresse..... Téléphone *indispensable* .....

Courriel : .....

Préciser s'il s'agit :

- du domicile en qualité de : propriétaire - locataire - hébergé en famille - hébergé chez un tiers  
*(rayer les mentions inutiles)*
- d'un établissement d'hébergement pour personnes handicapées
- de l'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux

Adresse précédente : .....

(avec dates d'arrivée et dates de départ)

À remplir **obligatoirement** si l'intéressé est soit en établissement, soit réside à l'adresse actuelle depuis moins de 3 mois.

Le dossier de demande intégralement rempli, accompagné  
des pièces justificatives doit être adressé exclusivement par voie  
postale à :

Département de Seine-et-Marne  
Direction de l'Autonomie  
Service des Prestations  
Hôtel du Département  
CS 50377 - 77010 MELUN cedex

IDENTITÉ - SITUATION	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
Nom de naissance		
Nom marital		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		
Nationalité (française, ressortissant de l'union européenne, autre...)		
Date d'arrivée en France pour les étrangers		
Situation de famille (marié(e), divorcé(e), veuf(ve), célibataire, concubin(e), pacsé(e))		
Organisme versant la ressource principale		
Situation du conjoint (retraité, salarié, pensionné, sans profession)		

#### COORDONNÉES DE LA PERSONNE RÉFÉRENTE DU DEMANDEUR

(enfant, parent, autre) à contacter pour la visite d'évaluation ou en cas d'urgence

M., M<sup>me</sup> ..... Lien de parenté .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone : ..... courriel : .....

#### MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection :  oui (joindre une copie du jugement)  non

Sauvegarde de justice  Tutelle  Curatelle

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure : .....

.....

#### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES - Bénéficiez-vous déjà de :

Allocation compensatrice pour tierce personne  oui  non      Prestation de compensation du handicap  oui  non

Aide sociale en établissement  oui  non      Allocation personnalisée d'autonomie  oui  non

Aide ménagère au titre de l'aide sociale par le Conseil départemental  oui  non      Majoration tierce personne  oui  non

Aide ménagère versée par les caisses de retraite  oui  non      → Nombre d'heures : .....

- L'organisme intervenant :
  - Caisse de retraite qui vous aide : .....
  - ou mutuelle .....
  - ou retraite complémentaire .....

#### RESSOURCES ANNUELLES

	Montant annuel perçu par le demandeur (en €)	Montant annuel perçu par le conjoint ou concubin ou pacsé (en €)
Revenu principal (à préciser)		
Revenus complémentaires (à détailler)		
Pension invalidité, rente (viagère, assurances...)		
Traitements et salaires		
Bénéfices commerciaux		
Bénéfices agricoles		
Revenus locatifs (ou fonciers)		
Allocations diverses (ex : allocation aux adultes handicapés, allocation spéciale vieillesse, pension alimentaire)		
<b>TOTAL ANNUEL</b>		

#### VOS BIENS IMMOBILIERS

	Propriété(s) bâtie(s)	Propriété(s) non bâtie(s)
Nature (précisez : résidence principale, résidence secondaire, terrain)		
Adresse(s)		
Valeur(s) locative(s) en € (voir taxe foncière)		
Montant des revenus procurés par le bien		
Usage actuel (précisez si occupé par demandeur, occupé à titre gratuit, location, en fermage, inoccupé)		

**Attention** : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est cumulable ni avec la Prestation de Compensation du Handicap, ni avec l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne, ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne, ni avec la prestation d'aide ménagère versée par le Département.

## CONSÉQUENCES DE L'ADMISSION À L'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT PERSONNES HANDICAPÉES

Madame, Monsieur,

Si vous demandez à bénéficier de l'aide sociale pour la prise en charge de vos frais d'hébergement en établissement, je vous prie de noter les précisions suivantes :

- Conformément à la loi (article L 132-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles), le Département peut réclamer **une récupération des sommes versées** :

a) au bénéficiaire de l'aide sociale, après son décès, par prélèvement sur sa succession, sauf si l'héritier est le conjoint, les enfants, les parents ou la personne ayant eu la charge constante et effective du bénéficiaire.

Les sommes versées au titre de **l'aide sociale à l'hébergement** sont récupérées sans franchise sur l'actif net successoral.

- Conformément à l'article L 132-9 du Code de l'Action Sociale et des Familles, les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'aide sociale font l'objet d'une hypothèque légale en garantie des recours indiqués ci-dessus sauf si l'héritier est le conjoint, les enfants, les parents ou la personne ayant eu la charge constante et effective du bénéficiaire.

- Quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 317-7 et 313-8 du Code Pénal, en plus du reversement des sommes payées.

- Quand une personne bénéficie de **l'aide sociale à l'hébergement**, l'époux doit s'acquitter de sa contribution aux charges du mariage (articles 212 et 214 du même code).

Je soussigné(e), .....

déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus. J'autorise le Président du Département à demander aux administrations compétentes toute information, notamment cadastrale, sur mon patrimoine.

À ..... le, .....

Signature du demandeur  
ou de son représentant légal

**LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES  
LORS DE LA CONSTITUTION DU DOSSIER  
D'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT D'UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP**

- Imprimé de demande dûment complété et signé ;**
  - Justificatif de domicile datant de plus de 3 mois** (quittance de loyer ou attestation d'hébergement ou taxe d'habitation et taxes foncières ou attestation sur l'honneur précisant ni propriétaire ni usufruitier) ;
  - Photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou un extrait de naissance** (pour le demandeur de nationalité française) ;
  - Photocopie du passeport de la communauté européenne** (pour les demandeurs de nationalité autre que française, mais appartenant à la communauté européenne) ;
  - Photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité** (pour les demandeurs de nationalité étrangère, hors communauté européenne) ;
  - Photocopie en intégralité des deux derniers avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu ;**
  - Justificatifs des ressources perçues par le foyer** (pensions, rentes viagères, salaire, dernière déclaration fiscale de toutes les caisses de retraite ou autres organismes : CAF, CPAM, Compagnie d'assurances...) ;
  - Photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties ;**
  - Justificatifs de revenus de capitaux mobiliers et immobiliers imposables ou non** (revenus des placements financiers, revenus fonciers, livrets A, Livret Développement Durable, PEP, contrat d'assurances vie...) ou attestation sur l'honneur que vous n'êtes titulaire d'aucun compte ni livret et intérêts perçus année N-1 ;
  - Photocopie du jugement de tutelle ou curatelle le cas échéant ;**
  - Un bulletin de situation en cas d'hospitalisation ;**
  - Un bulletin de situation de l'établissement d'accueil actuel ;**
- Avez-vous fait une donation, un partage ou une vente  oui  non
- Si oui, joindre la copie intégrale de l'acte notarié.
- Décision d'orientation de la CDAPH ;**
  - Copie de la carte d'invalidité recto-verso + notification de la 1<sup>re</sup> attribution.**

## RELEVÉ DE CAPITAUX PLACÉS (imposables ou non imposables du foyer)

Je soussigné(e) ..... atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur le présent document sont exacts.

PRODUITS	CAPITAL	INTÉRÊTS OU DIVIDENDE PERÇUS OU CAPITALISÉS DE L'ANNÉE ÉCOULÉE
Compte chèques / comptes courants		
Livrets d'épargne		
1 <sup>er</sup> livret		
2 <sup>e</sup> livret		
Livret d'épargne populaire (LEP)		
Livret de développement durable (LDD)		
Livret ou compte épargne logement		
Bons d'épargne, bons de caisse, bons de capitalisation		
Epargne assurance vie		
PEP		
Obligations, actions		
SICAV et fonds communs de placement		
SCPI		
Bons anonymes		
Autres (préciser)		

Fait à ..... le, .....

Signature