

DÉPARTEMENT DE L'HÉRAULT  
MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE

DIRECTION GENERALE ADJOINTE PERSONNES  
AGEES ET PERSONNES HANDICAPEES  
DIRECTION DE L'OFFRE MEDICO SOCIALE  
SERVICE AIDES SOCIALES

BÂT ALCO 2  
1350 rue d'Alco  
BP 7353  
34086 MONTPELLIER CEDEX 4

Tél : 04 67 67 69 30  
Site internet : <https://mda.herault.fr>

# DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT PERMANENT



## Dispositions informatiques et libertés :

Les données à caractère personnel recueillies pour l'instruction des demandes d'aide sociale sont nécessaires et font l'objet d'un traitement informatique par le Département de l'Hérault. Conformément à la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant. Toute demande dans ce sens devra être adressée à :

MDA - Hôtel du département - Mas d'Alco - 1977 avenue des Moulins - 34087 Montpellier cedex 4

## L'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT

### POURQUOI ?

L'aide sociale est une aide départementale qui permet de couvrir une partie des frais de séjour pour les personnes en situation de handicap ou âgées dans un établissement. Elle est attribuée aux personnes qui ne peuvent pas financer seules leurs frais d'hébergement.

Cette aide peut faire l'objet d'une mise en œuvre de l'obligation alimentaire et/ou d'une récupération.



### EN ÉTABLISSEMENT OU EN ACCUEIL FAMILIAL:

**En établissement habilité à l'aide sociale** : le département contribue au financement des frais d'hébergement.

**En accueil familial** : le département contribue au financement de la rétribution des accueillants familiaux titulaires d'un agrément qu'il leur a délivré.

### POUR QUI ?

- Les personnes âgées : avoir 65 ans et plus, ou entre 60 et 65 ans avec une inaptitude au travail
- Les personnes en situation de handicap : avoir 20 ans et plus
- De nationalité française
- Pour les demandeurs de nationalité étrangère : selon conditions réglementaires
- Avoir acquis son domicile de secours dans l'Hérault par une résidence habituelle de 3 mois ininterrompus avant le placement
- Résider en France de manière stable et régulière

### COMMENT ?

La demande d'aide sociale doit obligatoirement être déposée au CCAS ou à la mairie de résidence du demandeur.

L'aide sociale à l'hébergement prend effet au premier jour de la quinzaine qui suit la date de dépôt du dossier au CCAS ou à la mairie. Elle peut prendre effet à compter de la date d'entrée en établissement si la demande a été déposée dans un délai de 2 mois suivant l'entrée en établissement.

## CADRE REGLEMENTAIRE

L'attribution de l'aide sociale à l'hébergement est subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire et à une procédure de récupération. Une prise d'hypothèque est également possible sur le ou les biens immobiliers. Les personnes sollicitant l'aide sociale s'engagent à prendre connaissance des dispositions suivantes :

### 1 – L'OBLIGATION ALIMENTAIRE

Article L 132-6 du code de l'action sociale et des familles et articles 205 à 212 du code civil

- Concernant les ascendants et descendants en ligne directe
- La contribution des époux au titre du devoir de secours

La liste nominative des personnes tenues à l'obligation alimentaire doit figurer au dossier de demande d'aide sociale. Le refus explicite de communiquer les informations concernant les obligés alimentaires est de nature à rejeter l'admission à l'aide sociale. Chaque obligé alimentaire est tenu de compléter un dossier d'obligation alimentaire afin que leur éventuelle part contributive soit évaluée. A défaut, les services fiscaux seront saisis.

### 2 – LA RECUPERATION DE L'AIDE SOCIALE

Articles L 132-8, R 132-11 et R 132-16 du code de l'action sociale et des familles

L'aide sociale revêt le caractère d'une avance financière accordée au bénéficiaire.

Les sommes versées par le Département sont ainsi récupérables dans les situations suivantes :

#### Du vivant du bénéficiaire :

- En cas de retour à meilleure fortune
- En cas de donation dans les 10 ans précédent la demande d'aide sociale ou après attribution de celle-ci
- En cas de vente d'un bien immobilier appartenant au bénéficiaire

Le Département doit être informé de toute vente immobilière du bénéficiaire, pour étudier la main levée hypothécaire

#### Au décès du bénéficiaire :

- Auprès du légataire
- Sur l'actif net de la succession dès le 1<sup>er</sup> euro
- Auprès du bénéficiaire du contrat d'assurance vie (sur les primes versées après 70 ans)

Concernant les personnes en situation de handicap, des dispositions spécifiques existent pour les actions en récupération (loi du 11/02/2005 et loi du 28/12/2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement). Les procédures de récupération sont limitées à la succession du bénéficiaire, tout en exonérant les héritiers : conjoint, enfants, petits-enfants, légataires et tiers aidants.

### 3 – HYPOTHÈQUE

Articles L 132–9, R 132-13 et R 132-16 du code de l'action sociale et des familles

Les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement sont grevés d'une hypothèque légale en garantie du recours sur succession.

### 4 – REVERSEMENT DE RESSOURCES

Article L 132-3 du code de l'action sociale et des familles

L'attribution de l'aide sociale à l'hébergement est subordonnée au règlement d'une participation aux frais d'hébergement à hauteur de 90% des ressources du bénéficiaire, avec une somme minimale qui est fixée par décret.

### 5 – FRAUDE ET FAUSSE DÉCLARATION

Articles 313-1, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal, article L 135-1 du code de l'action sociale et des familles

Le fait de percevoir ou de tenter de percevoir l'aide sociale de manière frauduleuse est punie de 5 ans d'emprisonnement et 375 000€ d'amende à titre principal.

Les faux, usage de faux et de déclaration mensongère sont sanctionnés par 2 à 3 ans d'emprisonnement et de 15 000€ à 30 000€ d'amende

### 6 – PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Articles L 131-5, L 132-3, L 241-1, L 241-6, L 241-8, L 242-4, L 146-9, R 344 et suivants du code de l'action sociale et des familles

- **Âgées entre 20 et 60 ans** (conditions non cumulatives) :
  - Justifier d'une orientation par la CDAPH vers un établissement spécialisé ou
  - Justifier d'un taux d'invalidité d'au moins 80% reconnu par la CDAPH
  - Être dans l'impossibilité de se procurer un emploi
- **Agées de 60 à 65 ans** (conditions non cumulatives) :
  - Justifier d'un taux d'incapacité d'au moins 80% reconnu par la CDAPH avant 65 ans
  - Justifier d'une orientation par la CDAPH vers un établissement spécialisé
  - Justifier d'une inaptitude au travail d'au moins 50%

S'agissant de la contribution aux frais d'hébergement, les personnes en situation de handicap conservent un minimum de ressources correspondant à un plancher de 30% de l'AAH.

### 7 – SITUATION DES PERSONNES ETRANGERES

Articles L 233-1 et L 410-1 et suivants du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

Pour avoir accès à l'aide sociale à l'hébergement, les personnes étrangères doivent disposer d'une résidence stable et habituelle sur le territoire français. Elles doivent également justifier d'un titre de séjour en cours de validité.

Concernant les ressortissants de l'union européenne, ils peuvent bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement s'ils disposent de ressources suffisantes et d'une assurance maladie.

- 1<sup>ÈRE</sup> DEMANDE  
 RENOUELEMENT

**A COMPLÉTER PAR LE CIAS, LE CCAS OU LA MAIRIE :**

Date dépôt de la demande :

Cachet :

Courriel du CCAS ou mairie :

**A COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR :**

Nom :  Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Domicile privé occupé au moins 3 mois consécutifs avant toute entrée en établissement (Domicile de secours Art. L122-2 du CASF) :

Rue :

Commune :  Code postal :

**LA DEMANDE CONCERNE :**

**HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES**

- EHPAD  USLD  
 Résidence autonomie  Accueil familial agréé

Nom de l'établissement :

Date de prise en charge souhaitée :

**HÉBERGEMENT POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

- Foyer d'accueil non médicalisé  Foyer d'hébergement  
 Foyer d'accueil médicalisé  Foyer logement  
 Accueil familial agréé  Foyer de vie

Nom de l'établissement :

| IDENTITÉ - SITUATION  | LE DEMANDEUR | CONJOINT(E),<br>PARTENAIRE DE PACS OU<br>CONCUBIN |
|---|--------------|---|
| Nom de naissance  |              |   |
| Nom marital ou d'usage  |              |   |
| Prénom(s)   |              |   |
| Date et lieu de naissance   |              |   |
| Situation de famille  |              |   |
| Mail  |              |   |
| N° de téléphone   |              |   |
| Nationalité   |              |   |
| Date d'arrivée en France<br>pour les ressortissants de<br>nationalité étrangère |              |   |

### MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection :

- OUI (joindre une copie intégrale du jugement)
- NON
- Demande en cours

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

[Barre de saisie]

Adresse :

[Barre de saisie]

[Barre de saisie]

Tél :

[Barre de saisie]

Courriel :

[Barre de saisie]

### COORDONNÉES DE LA PERSONNE VOUS AIDANT DANS VOS DÉMARCHES :

M ou Mme :

[Barre de saisie]

Lien de parenté :

[Barre de saisie]

Adresse :

[Barre de saisie]

[Barre de saisie]

Tél :

[Barre de saisie]

Courriel :

[Barre de saisie]

**RESSOURCES MENSUELLES :**  
**Justificatifs à joindre obligatoirement**

|  | <b>LE DEMANDEUR</b> | <b>CONJOINT(E) OU<br/>PARTENAIRE DE PACS OU<br/>CONCUBIN</b> |
|--|---------------------|--|
| Salaires   |                     |  |
| Pensions et retraites                                    |                     |  |
| Allocations diverses<br>(AAH, pension<br>d'invalidité..) |                     |  |
| Allocation logement                                      |                     |  |
| Revenus fonciers<br>(Locatifs)                           |                     |  |
| Capitaux mobiliers                                       |                     |  |
| Autres   |                     |  |

**Il vous appartient de demander dès l'entrée en établissement :**

➤ L'aide au logement auprès de la CAF ou la MSA :

Une demande a-t-elle été déposée?

- OUI
- NON
- Demande en cours

➤ L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) auprès de votre caisse de retraite si vos ressources sont inférieures au plafond légal

Une demande a-t-elle été déposée?

- OUI
- NON
- Demande en cours

➤ L'ASPA doit également être demandée pour votre conjoint resté à domicile si ses ressources sont inférieures au plafond légal

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONCERNANT VOTRE PATRIMOINE :

Je soussigné(e) Nom :  Prénom :

Date de naissance :

Déclare sur l'honneur : OUI NON

➤ Avoir des biens mobiliers  
(livrets, comptes productifs d'intérêts,  
capitaux placés...)

➤ Avoir des biens immobiliers    
Si oui, sont-ils loués ?    
Y a-t-il un projet de vente ?

➤ Avoir souscrit un contrat d'assurance vie

Déclare sur l'honneur, depuis moins de 10 ans :

➤ Avoir fait une donation

➤ Avoir vendu un bien immobilier

## DECLARATION DE DOMICILE DE SECOURS :

Je soussigné(e) Nom:  Prénom:

Né(e) le:

Certifie sur l'honneur avoir mon domicile privé à l'adresse suivante (au moins 3 mois consécutifs avant toute entrée en établissement, accueil familial ou établissement hospitalier - domicile de secours Art. L122-2 du CASF) :

  

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR :

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.

Je m'engage à informer le Conseil départemental de toute modification de ma situation ainsi que celle des personnes vivant au foyer et à faciliter toute enquête.

A  le,

Signature du demandeur ou  
du représentant légal



DÉPARTEMENT DE L'HÉRAULT  
MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE

DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE PERSONNES  
AGÉES ET PERSONNES HANDICAPÉES  
DIRECTION DE L'OFFRE MÉDICO SOCIALE  
SERVICE AIDES SOCIALES

BÂT ALCO 2  
1350 rue d'Alco  
BP 7353  
34086 MONTPELLIER CEDEX 4

Tél : 04 67 67 69 30  
Site internet : <https://mda.herault.fr>

## DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT

Preuve de dépôt de la demande à faire compléter par le CCAS ou la mairie :

- A conserver par le dépositaire du dossier sans limitation de durée
- A présenter à l'établissement, au juge aux affaires familiales... le cas échéant

### A COMPLÉTER PAR LE CIAS, LE CCAS OU LA MAIRIE :

Date dépôt de la demande :

Cachet :

Courriel du CCAS ou mairie :







## LISTE DES PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE :

|  |  | PERSONNE<br>ÂGÉE | PERSONNE<br>HANDICAPÉE |
|--|--|------------------|------------------------|
| <b>IDENTITÉ</b>                          | <input type="checkbox"/> Copie recto / verso de la carte d'identité ou passeport ou extrait de naissance ou titre de séjour en cours de validité                             | X                | X                      |
|  | <input type="checkbox"/> Copie intégrale du livret de famille  | X                | X                      |
| <b>DOMICILE DE SECOURS</b>               | <input type="checkbox"/> Attestation sur l'honneur concernant le domicile de secours   | X                | X                      |
| <b>JUSTIFICATIFS RESSOURCES DU FOYER</b> | <input type="checkbox"/> Photocopie intégrale du dernier avis d'imposition sur le revenu   | X                | X                      |
|  | <input type="checkbox"/> Justificatifs des ressources : (salaires, retraites, pensions, rentes : viagères, accident travail, AAH, pension d'invalidité, loyers, APL ou ALS ) | X                | X                      |
|  | <input type="checkbox"/> Relevés des comptes courants (dans la totalité) des 3 derniers mois   | X                | X                      |
| <b>CHARGES</b>                           | <input type="checkbox"/> Taxe foncière   | X                | X                      |
|  | <input type="checkbox"/> Mutuelle santé (échancier de l'année en cours)  | X                |                        |
|  | <input type="checkbox"/> Frais de tutelle (le cas échéant)   | X                | X                      |
| <b>PATRIMOINE</b>                        | <input type="checkbox"/> Intérêts des différents comptes d'épargne au 31 décembre de l'année précédente  | X                | X                      |
|  | <input type="checkbox"/> Attestation(s) bancaire(s) des placements (titres, actions, obligations, assurance-vie...)  | X                | X                      |
|  | <input type="checkbox"/> Copie intégrale des contrats assurance vie et contrats obsèques   | X                | X                      |
|  | <input type="checkbox"/> Copie des actes d'acquisition, donation, vente, legs ou partage   | X                | X                      |
| <b>PROTECTION JUDICIAIRE</b>             | <input type="checkbox"/> Copie du dernier jugement de la mesure de protection en cours   | X                | X                      |
| <b>HANDICAP</b>                          | Soit :<br><input type="checkbox"/> Justificatif d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu avant 65 ans  | X                |                        |
|  | Soit :<br><input type="checkbox"/> Justificatif d'un placement au sein d'un établissement pour personne handicapée (FAM, FH, FL, SAVS...)                                    | X                |                        |
|  | <input type="checkbox"/> Décision de la commission des droits à l'autonomie des personnes handicapées (orientation de la MDPH)   |                  | X                      |
| <b>OBLIGATION ALIMENTAIRE</b>            | <input type="checkbox"/> Imprimé à compléter avec justificatifs demandés   | X                |                        |
| <b>AUTRES</b>                            | En cas d'inaptitude au travail :<br><input type="checkbox"/> Justificatif d'une inaptitude d'au moins 2/3 pour le demandeur âgé de 60 à 65 ans                               | X                |                        |
|  | <input type="checkbox"/> Bulletin d'entrée en établissement  | X                | X                      |
|  | <input type="checkbox"/> Contrat d'accueil familial  | X                | X                      |
| <b>ETABLISSEMENT HORS 34</b>             | <input type="checkbox"/> Arrêté du Conseil départemental fixant les prix de journée dépendance et hébergement  | X                | X                      |
|  | <input type="checkbox"/> Relevé de l'identité bancaire (RIB) de l'établissement  | X                |                        |

## GLOSSAIRE

AAH : Allocation adultes handicapés

ALS : Allocation de logement sociale

APL : Aide personnalisée au logement

ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées

CAF : Caisse d'allocations familiales

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CCAS : Centre communal d'action sociale

CDAPH : Commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées

CIAS : Centre inter-communal d'action sociale

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes

MDA : Maison départementale de l'autonomie

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

USLD : Unité de soins longue durée

## Relevé des capitaux placés du foyer (imposables ou non) de l'année civile précédant la demande

| Produits   | Capital | Intérêts perçus ou capitalisés de l'année écoulée |
|--|---------|---|
| Compte courant   |         |   |
| Livret d'épargne                                       |         |   |
| 1 <sup>er</sup> livret                                 |         |   |
| 2 <sup>ème</sup> livret                                |         |   |
| Livret d'Epargne Populaire (LEP)                       |         |   |
| CODEVI   |         |   |
| Livret ou Compte Epargne Logement                      |         |   |
| Bons d'épargne, bons de caisse, bons de capitalisation |         |   |
| Epargne assurance vie                                  |         |   |
| Plan d'Epargne Populaire (PEP)                         |         |   |
| Obligations - Actions                                  |         |   |
| SICAV et Fonds communs de placement                    |         |   |
| Bons anonymes  |         |   |
| Autres, à préciser :                                   |         |   |

Je soussigné(e) :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Autorise les organismes bancaires et financiers, à fournir tout renseignement utile sur le montant des capitaux placés et produits d'épargne.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

L'établissement bancaire :

L'organisme financier :

Atteste que M \_\_\_\_\_ n'a pas, à ce jour, dans notre établissement, d'autres formes d'épargnes que celles indiquées ci-dessus.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Cachet et signature :



**DEMANDE D'AUTORISATION DE  
PERCEPTION DE REVENUS**

Je soussigné(e) M., Mme :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom marital ou d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Hébergé(e) au sein de l'établissement : \_\_\_\_\_

demande à M. le Président du Conseil départemental de l'Hérault l'autorisation de confier la perception directe de mes revenus au comptable de l'établissement.

Ces revenus se décomposent comme suit :

| <b>Pensions, rentes, revenus de capitaux mobiliers, aide au logement, autres...</b> | <b>Montant</b> | <b>Périodicité</b> |
|---|----------------|--------------------|
|   |                |                    |

Le comptable de l'établissement devra reverser au Département la part affectée au remboursement des frais et, au bénéficiaire, la part laissée à sa libre disposition.

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

Signature du demandeur :

Visa du directeur de l'établissement :