

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 PERSONNES AGEES

### HEBERGEMENT TEMPORAIRE ET/OU ACCUEIL DE JOUR

#### LA DEMANDE CONCERNE :

HEBERGEMENT TEMPORAIRE

➤ 90 jours par période de 12 mois à compter de la date du premier placement

ACCUEIL DE JOUR

➤ 120 jours par période de 12 mois à compter de la date du premier placement

#### Dossier à transmettre avant le premier placement

#### 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



## AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES

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

### 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 :

### 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

IDENTITÉ - SITUATION	LE DEMANDEUR	CONJOINT(E), PARTENAIRE DE PACS OU 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 pour les ressortissants de 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 :

[REDACTED]

Adresse :

[REDACTED]

[REDACTED]

Tél :

[REDACTED]

Courriel :

[REDACTED]

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

M ou Mme :

[REDACTED]

Lien de parenté :

[REDACTED]

Adresse :

[REDACTED]

[REDACTED]

Tél :

[REDACTED]

Courriel :

[REDACTED]

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

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

**LISTE DES PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE  
SOCIALE :**

<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 <input type="checkbox"/> Copie intégrale du livret de famille
<b>JUSTIFICATIFS RESSOURCES DU MENAGE</b>	<input type="checkbox"/> Photocopie intégrale du dernier avis d'imposition sur le revenu <input type="checkbox"/> Justificatifs des ressources : (salaires, retraites, pensions, rentes : viagères, accident travail, AAH, pension d'invalidité, loyers, APL ou ALS ) <input type="checkbox"/> Relevés des comptes courants (dans la totalité) des 3 derniers mois
<b>PATRIMOINE</b>	<input type="checkbox"/> Attestation(s) bancaire(s) des placements (titres, actions, obligations, assurance-vie...)
<b>PROTECTION JUDICIAIRE</b>	<input type="checkbox"/> Copie du dernier jugement de la mesure de protection en cours
<b>AUTRES</b>	En cas d'inaptitude au travail : <input type="checkbox"/> Justificatif d'une inaptitude d'au moins 2/3 pour le demandeur âgé de 60 à 65 ans <input type="checkbox"/> Attestation de présence en établissement : ➤ Pour l'hébergement temporaire : dates du séjour envisagé et nombre de jours facturés ➤ Pour l'accueil de jour : fréquence d'accueil

## 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 :



## **GLOSSAIRE**

AAH : Allocation adultes handicapés

ALS : Allocation de logement sociale

APL : Aide personnalisée au logement

CAF : Caisse d'allocations familiales

CCAS : Centre communal d'action sociale

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

