

**DOSSIER D'AIDE SOCIALE**  
**à compléter lisiblement, dans l'intégralité et à adresser à**  
**Collectivité européenne d'Alsace**  
**Hôtel du département**  
**Service des Prestations d'Aides Sociales**  
**100 avenue d'Alsace**  
**68000 COLMAR**

- PERSONNE HANDICAPEE**                       **PERSONNE AGEE**
- AIDE MÉNAGÈRE**                       **PRISE EN CHARGE DE FRAIS DE REPAS**
- 1ERE DEMANDE**                       **MODIFICATION**

**NOM** : .....                      **NOM de naissance** : .....

**Prénom** : .....                      **Date et lieu de naissance** : .....à .....

**Nationalité** : .....

**Adresse** : .....

**N° Sécurité Sociale (avec N° clé)** : \_ \_ \_ \_ \_

**N°téléphone (obligatoire)** ..... **email**.....

**Date échéance Carte Invalidité** :...../...../..... **ou AAH** : ...../...../.....

**Situation familiale** :

Marié(e)     Célibataire     Divorcé(e)     Séparé(e)     Union Libre     Veuf (ve)     Pacsé(e)

**Autres personnes vivant au foyer** :

Nom - Prénom	Age	Lien de parenté	Situation de famille	Profession
-				
-				
-				

**Environnement familial** :

Nombre d'enfants : .....

Domicile (commune) des enfants : .....

La personne bénéficie-t-elle d'une aide par ses proches ?     NON                       OUI:

De quelle nature ? .....

**Protection juridique** :     non     oui

**Nom du tuteur ou curateur**: .....

**Adresse** : .....

 .....

**Ou personne à contacter** : .....

**Adresse** : .....

 .....

RESSOURCES MENSUELLES	DEMANDEUR	CONJOINT OU CONCUBIN
Salaires ou bénéfice déclaré		
Allocations diverses (à détailler) AAH, complément AAH, MVA, invalidité, .....		
Pensions et retraites ( <i>de base et complémentaire</i> )		
Pensions de régimes étrangers		
Revenus du capital		
Autre : à préciser		
TOTAL MENSUEL		

**L'ensemble des ressources sont prises en compte à l'exception :**

**Pour les personnes âgées,**

de l'allocation logement, des créances alimentaires, des allocations familiales, de la retraite du combattant et des pensions attachées aux distinctions honorifiques .

**Pour les personnes handicapées,**

de l'Arrérages de rentes viagères constituées en faveur de la Personne Handicapée, la majoration pour la vie autonome, des prestations familiales, des aides au logement, de la retraite du combattant et pensions attachées aux distinctions honorifiques, des obligations alimentaires, de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) ainsi que de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

**Listes des pièces justificatives à joindre obligatoirement à la présente demande :**

- Copie de la carte nationale d'identité ou du passeport (*uniquement pour une 1<sup>ère</sup> demande*)
- Copie de la carte de séjour en cours de validité pour les demandeurs de nationalité étrangère.
- Copie du jugement de tutelle.
- Justificatif de domicile dans le département du Haut-Rhin attestant un lieu de résidence d'au moins 3 mois consécutifs. (*Uniquement pour une 1<sup>ère</sup> demande*)
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition recto/verso,
- Copie des justificatifs de ressources (AAH, invalidité, retraite, pension alimentaire au profit du bénéficiaire,...) des 6 derniers mois,
- Si vous êtes propriétaire, copie recto-verso de votre/vos dernière(s) taxe(s) foncière(s).
- Copie des extraits bancaires, de l'ensemble des comptes, du mois qui précède cette demande,
- Tableau de relevé des capitaux mobiliers à compléter et à signer (même si pas d'épargne).

**Pièces supplémentaires pour demande "personne âgée" :**

- Justificatif d'incapacité au travail pour les personnes de moins de 65 ans
- Grille AGGIR pour les demandes d'accompagnement à la toilette

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.**

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

**Signature du demandeur ou du représentant légal**

# ÉVALUATION SOCIALE

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Né(e) le :** .....

**Type de déficience** (à renseigner pour les personnes handicapées):

- Psychique     Intellectuel     Moteur     Sensoriel
- Maladie invalidante
- autres (à préciser).....

**Description des incapacités:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Avis motivé :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Autres interventions** (AVS, SSIAD, PCH, APA...) : (préciser : nature, durée, nombre d'heures...)

.....

.....

.....

.....

## SYNTHÈSE DE LA DEMANDE

**Nombre de pièces du logement** (obligatoire) : .....

<b>PERSONNE AGE</b>	<b>PERSONNE HANDICAPEE</b>
<u>Nombre d'heures/mois (dans la limite du référentiel APA à domicile et du plafond d'aide sociale de 30 heures maximum) :</u> Ménage : ..... Linge : ..... Achats/aide aux courses : ..... Accompagnement à la toilette (à argumenter, maximum 5h) : ..... .....	<u>Nombre d'heures/semaine :</u> Ménage : ..... Linge : ..... Achats/aide aux courses : ..... Préparation des repas : .....

Nombre de repas nécessaires/semaine : .....  
(Les frais de portage restant à charge du bénéficiaire)

Date de mise en place souhaitée : .....

**Attendre l'accord de la commission pour mise en place de l'aide**

**Prestataire(s)** choisi(s) sur la liste des associations autorisées par la Collectivité européenne d'Alsace.

**Il est impératif de s'assurer auprès du prestataire de la capacité de sa prise en charge éventuelle**

- **Aide-ménagère** (APAMAD, ADMR, DDV) : .....

- **Aide aux frais de repas** : APAMAD

**Tout changement de prestataire ne pourra intervenir que dans un délai de 4 mois à compter de la date de notification et devra être justifié.**

<b>RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES ET LISIBLES</b>	
Nom et qualité du travailleur social : ..... .....	<b>SIGNATURE DU TRAVAILLEUR SOCIAL :</b> <b>(obligatoire)</b>
Service : ..... ..... .....	<b>SIGNATURE DU CHEF DE SERVICE</b> <b>(obligatoire)</b>
☎ : ..... ☒ : .....	
Date de la visite du travailleur social : .....	

**Relevé des capitaux mobiliers de tous les établissements bancaires concernant le foyer (annexe obligatoire)**

PRODUITS	MONTANT DU CAPITAL (A la date de la signature du relevé)			INTERETS PERCUS OU CAPITALISES (de l'année écoulée)		
	Demandeur	Conjoint, concubin ou pacsé	Compte joint	Demandeur	Conjoint, concubin ou pacsé	Compte joint
Livret d'épargne (livret A de la Poste, livret bleu du crédit mutuel, livret de caisse d'épargne, etc...)						
Compte Epargne Logement						
Livret d'Epargne populaire						
Livret ou Plan Epargne logement						
C.O.D.E.V.I ou livret de développement durable						
Assurance Vie						
Plan d'Epargne Populaire						
Bon d'épargne, bons de caisse, bons de capitalisation						
Plan Epargne Action						
Autres (préciser)						

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....

Adresse : .....

autorise les organismes bancaires et financiers à fournir à la Collectivité européenne d'Alsace tous les renseignements utiles sur le montant des produits d'épargne, des capitaux placés et des intérêts générés.

Le /\_/\_/\_/\_/

Signature :

A.....

J'affirme sincère et véritable la présente déclaration ; j'affirme, en outre, sous les peines édictées par l'article 441-1 du Code pénal que cette déclaration comprend la totalité des placements qui appartiennent au foyer (demandeur, conjoint, concubin, pacsé) du demandeur/du bénéficiaire de la prestation délivrée par la Collectivité européenne d'Alsace.

Le.....

A.....

Signature :

