

DOSSIER DE DEMANDE

- Aide sociale aux services ménagers
- Aide sociale à l'hébergement





DEMANDE D'AIDE SOCIALE

- aux services ménagers
- à l'hébergement



Vous avez 60 ans et plus, vous résidez à domicile, vous êtes autonome pour les actes essentiels mais vous avez besoin d'aide pour réaliser certaines activités quotidiennes ? Le Département de la Loire vous propose l'aide sociale aux services ménagers.

L'AIDE SOCIALE aux services ménagers

À QUOI SERT L'AIDE SOCIALE AUX SERVICES MÉNAGERS ?

L'aide sociale aux services ménagers s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans résidant à domicile. Leur niveau de dépendance doit être évalué en GIR* 5 à 6, déterminé à l'aide de la grille nationale AGGIR*. Leurs ressources ne leur permettent pas de financer un service d'aide à domicile.

En fonction de votre perte d'autonomie, vous pouvez demander une aide auprès de votre caisse de retraite, solliciter l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) réservée aux personnes les plus dépendantes ou encore l'aide sociale aux services ménagers, toutes deux financées par le Département de la Loire.

QUELLES SONT LES AIDES QUI PEUVENT ÊTRE APPORTÉES ?

Une personne, employée par un prestataire de services à domicile, pourra intervenir à votre domicile pour vous aider à réaliser les activités de la vie quotidienne : courses alimentaires, préparation des repas, entretien du linge et du logement, accompagnement aux sorties.

La visite à domicile d'un travailleur social permettra d'évaluer l'aide répondant à vos besoins et les activités retenues.



COMMENT EST ATTRIBUÉE L'AIDE SOCIALE AUX SERVICES MÉNAGERS ?

L'attribution de la prestation est soumise à des conditions de ressources, le revenu annuel ne doit pas dépasser 9 638,40 € pour une personne seule et 14 960,40 € pour un couple au 1^{er} janvier 2017.

Si ces plafonds sont dépassés, la demande doit être faite auprès de la caisse de retraite du demandeur.

Si la condition de ressources est remplie, le Département de la Loire peut prendre en charge une partie des frais sur la base d'un tarif horaire de 19,40 € au 1^{er} janvier 2017. Une participation honoraire de 1,50 € est laissée à la charge du bénéficiaire.

*GROUPE ISO-RESSOURCES (GIR) : DÉFINITION

Le GIR est la mesure de votre degré d'autonomie. Celui-ci est évalué par le médecin ou le travailleur social qui suit votre dossier.

Il existe six GIR, numérotés de 1 (les personnes les moins autonomes) à 6 (les personnes les plus autonomes).

Seules les personnes relevant des GIR 5 ou 6 peuvent bénéficier de l'aide sociale aux services ménagers.

LE SAVIEZ-VOUS ?

D'autres services peuvent contribuer à votre maintien à domicile :

les professions paramédicales, les services de soins infirmiers à domicile, les entreprises de portage de repas, la société spécialisée dans les systèmes de télé-alarme, les accueils de jour, l'hébergement temporaire...

Des aides techniques et d'adaptation du logement peuvent vous aider à rester en toute sécurité et le plus longtemps possible chez vous.

Besoin d'un service à domicile ou d'une aide ?

Consultez l'annuaire des services aux personnes âgées de la Loire sur www.loire.fr



LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR UNE DEMANDE D'AIDE SOCIALE AUX SERVICES MÉNAGERS

IMPRIMÉS CI-JOINTS :

- Le formulaire de demande** (doc 1)
- Le certificat médical** rempli par le médecin traitant à remettre sous pli cacheté (doc 2)
- La grille AGGIR** remplie par le médecin traitant (doc 3)
- Le relevé des capitaux placés** (doc 4)
- La fiche « Identité des membres de la famille »** (doc 6)
- La fiche « Conséquences de l'admission à l'aide sociale »** (doc 7)
- L'avis du CCAS** (doc 8)

IMPRIMÉS À RAJOUTER :

- La photocopie de la carte nationale d'identité, d'un passeport européen ou un extrait d'acte de naissance.** Si le demandeur est de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou le titre de séjour
- La photocopie intégrale du livret de famille**
- La photocopie recto-verso du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu du demandeur, son conjoint, concubin ou personne avec laquelle il a conclu un PACS**
- La photocopie recto-verso des avis d'imposition** relatifs aux taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties
- La photocopie des relevés annuels attestant des intérêts perçus au titre des contrats d'assurance vie**
- Les justificatifs des ressources perçues :** pensions et retraites, prestations de la Caisse d'allocations familiales, y compris l'allocation logement (joindre la photocopie des attestations indiquant les montants versés)
- La photocopie du jugement** si existence d'une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, etc.)
- La photocopie des actes de donation** intervenus dans les 10 ans précédant cette demande
- La photocopie du contrat d'accueil** si le demandeur réside dans une famille d'accueil agréée







Vous avez 60 ans et plus, vous résidez ou vous avez pour projet de résider en maison de retraite, vous avez besoin d'aide pour participer aux frais de votre hébergement ? Le Département de la Loire vous propose l'aide sociale à l'hébergement.

L'AIDE SOCIALE à l'hébergement

À QUOI SERT L'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT ?

Cette prestation s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans résidant dans un établissement d'hébergement habilité à l'aide sociale (EHPAD, résidence autonomie, unité de soins de longue durée) et ayant des difficultés financières pour régler leurs frais de séjour, malgré la contribution apportée par leur conjoint et leurs obligés alimentaires*.

Le Département de la Loire peut prendre en charge une partie des frais de séjour. En cas d'hébergement dans une structure non habilitée, il peut apporter une participation calculée sur la base d'un prix de journée moyen départemental, à condition de résider dans la structure depuis plus de 5 ans à titre payant.

** Les obligés alimentaires sont les enfants, petits-enfants, gendres et belles-filles. Ils sont tenus de participer aux frais de séjour en fonction de leur situation.*

QUELS SONT LES FRAIS D'HÉBERGEMENT ?

	Tarif hébergement	Tarif dépendance	Tarif soins	Dépenses personnelles
Nature de la dépense	Gîte et couvert	Perte d'autonomie	Personnel soignant médicaments	Téléphone, vêtements, mutuelle
Exemple de tarifs	45 € / jour	GIR 1-2 = 15 € / jour GIR 3-4 = 10 € / jour GIR 5-6 = 5 € / jour	Dotation globale	
Aides financières possibles	Département Aide sociale à l'hébergement Caisse d'allocations familiales APLS ou ALS	Département APA pour la dépendance GIR 1 à 4 Aide sociale à l'hébergement pour le ticket modérateur 5/6	Assurance maladie Prise en charge à 100 %	

NB : lorsqu'une demande d'aide sociale est constituée, l'établissement d'accueil peut demander le versement d'une provision dans l'attente de décision.



COMMENT EST DISTRIBUÉE L'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT ?

Le dossier de demande fait l'objet d'une instruction administrative par les services du Département. Si l'aide est accordée :

- les revenus de la personne accueillie sont reversés au Département de la Loire qui règle à l'établissement le tarif « hébergement » et le tarif dépendance correspondant au GIR 5/6,
- la personne accueillie garde à sa disposition 10 % de ses ressources personnelles et au minimum 96 € au 1^{er} janvier 2017,
- l'éventuelle participation des obligés alimentaires est versée directement au Département.

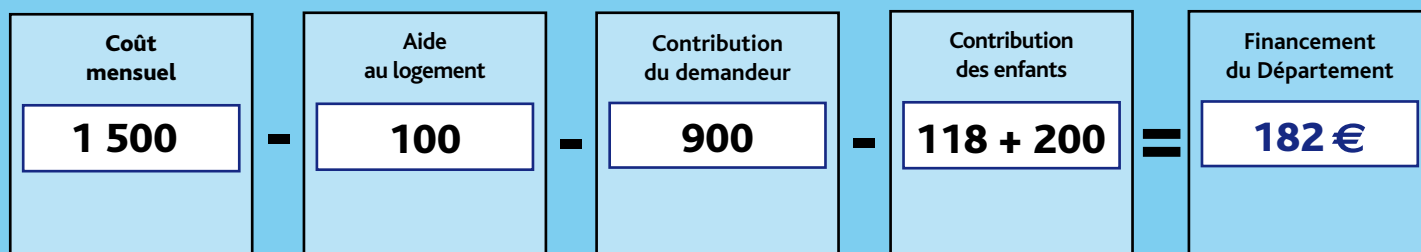
Exemple

Tarif hébergement : 45 € / jour
Tarif du GIR 5/6 : 5 € / jour
Coût mensuel : 1 500 €
Aide au logement : 100 €
Ressources du demandeur : 1 000 €
Contribution du demandeur :
(90 % des ressources) : 900 €

Le demandeur a :

- un enfant célibataire dont les revenus s'élèvent à 1 500 € / mois. La participation de ce dernier pourra atteindre 118 € / mois,
- un enfant marié dont les revenus du foyer s'élèvent à 2 800 € / mois. La participation de ce dernier pourra atteindre 200 € / mois.

Le Département complètera le financement à hauteur de 182 € / mois.



NB : le Département de la Loire déduit du reversement des ressources le coût de la mutuelle du demandeur dans la limite d'un montant forfaitaire de 550 € / an (montant au 1^{er} janvier 2017).

OÙ VOUS RENSEIGNER ET RETIRER VOTRE DOSSIER ?

- Auprès de la Maison Loire Autonomie du Département.
- Auprès de votre mairie, du Centre communal d'action sociale (CCAS).
- Auprès des établissements d'hébergement.
- Auprès des services de maintien à domicile.

OÙ DÉPOSER VOTRE DOSSIER ?

Auprès de votre mairie ou du Centre communal d'action sociale (CCAS) de votre commune.





LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR UNE DEMANDE D'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT

IMPRIMÉS CI-JOINTS :

1. **Le formulaire de demande** (doc 1)
2. **Le relevé des capitaux placés** (doc 4)
3. **La fiche d'entrée en établissement**
complétée par l'établissement d'accueil (doc 5)
4. **La fiche « Identité des membres de la famille »** (doc 6)
5. **La fiche « Conséquences de l'admission à l'aide sociale »** (doc 7)
6. **L'avis du CCAS** (doc 8)

IMPRIMÉS À RAJOUTER :

1. **La photocopie de la carte nationale d'identité, d'un passeport européen ou un extrait d'acte de naissance.** Si le demandeur est de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou le titre de séjour
2. **La photocopie intégrale du livret de famille**
3. **La photocopie recto-verso du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu du demandeur, son conjoint, concubin ou personne avec laquelle il a conclu un PACS**
4. **La photocopie recto-verso des avis d'imposition** relatifs aux taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties
5. **La photocopie des relevés annuels attestant des intérêts perçus au titre des contrats d'assurance vie**
6. **Les justificatifs des ressources perçues** : pensions et retraites, prestations de la Caisse d'allocations familiales, y compris l'allocation logement (joindre la photocopie des attestations indiquant les montants versés)
7. **La photocopie du jugement** si existence d'une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, etc.)
8. **La photocopie des actes de donation** intervenus dans les 10 ans précédant cette demande
9. **La photocopie du contrat d'accueil** si le demandeur réside dans une famille d'accueil agréée
10. **Les imprimés d'obligation alimentaire complétés** (prendre contact avec la mairie)

LA MAISON LOIRE AUTONOMIE

proche de chez vous

ROANNE

31-33 rue Alexandre Raffin
42300 Roanne

MONTBRISON

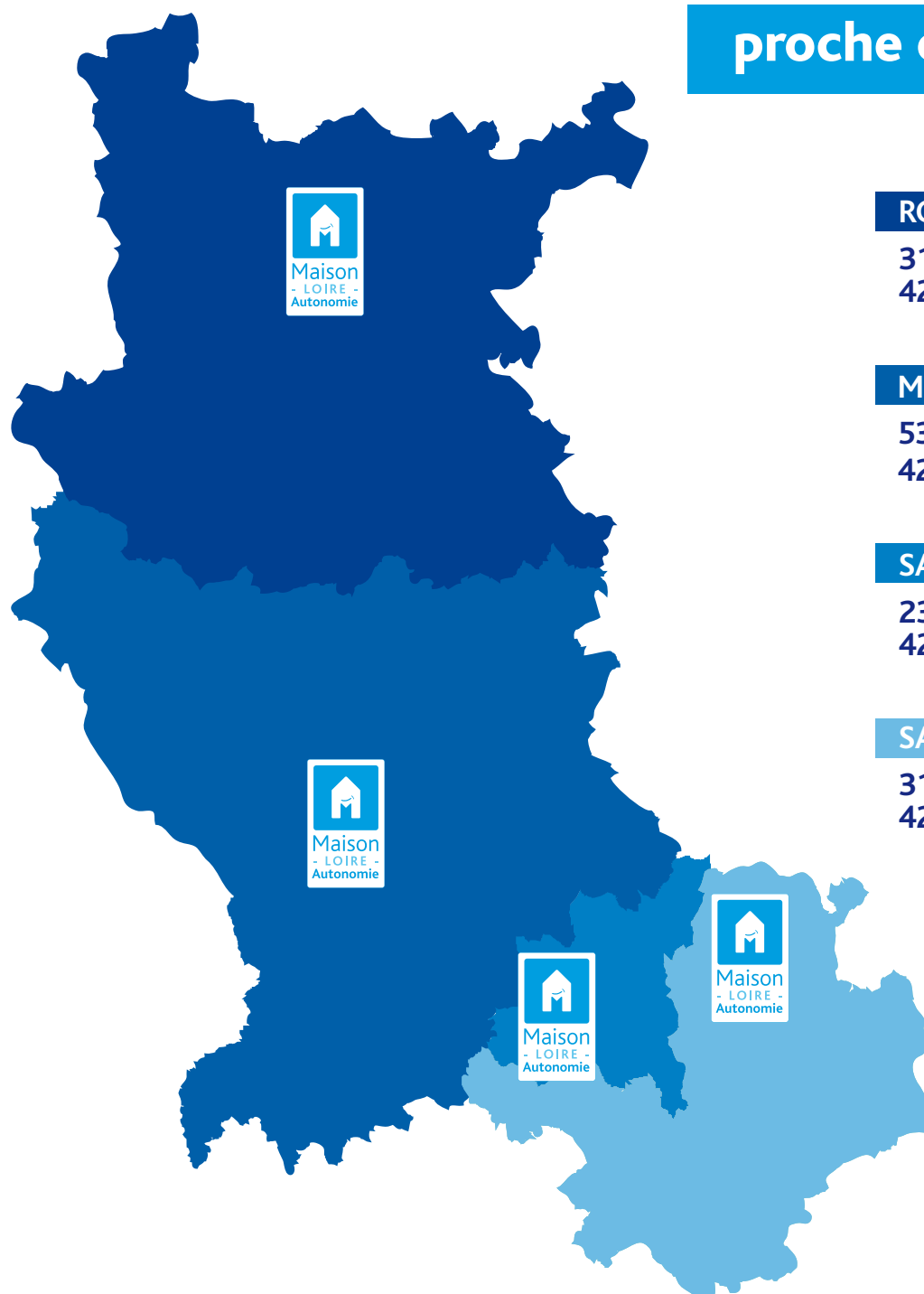
53 rue de la République
42600 Montbrison

SAINT-ÉTIENNE

23 rue d'Arcole
42000 Saint-Étienne

SAINT-CHAMOND

31 rue de la République
42400 Saint-Chamond



Des permanences sont organisées dans toute la Loire.
Pour connaître le lieu d'accueil le plus proche
de votre domicile, composez le 04 77 49 91 91
ou consultez le site www.loire.fr/seniors



DEMANDE D'AIDE SOCIALE

- Aux services ménagers
- À l'hébergement

1

- 1^{RE} DEMANDE
- RENOUELEMENT

Ce document est à déposer au Centre communal d'action sociale (CCAS) de votre commune qui doit fournir un accusé de réception du dépôt de la demande. Toute demande de renouvellement doit parvenir à la Maison Loire Autonomie au moins 2 mois avant l'échéance des droits actuels.

UN DOSSIER À REMPLIR PAR DEMANDEUR

TOUT DOSSIER NON SIGNÉ NE POURRA FAIRE L'OBJET D'UNE ÉTUDE (voir fin de dossier)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

	DEMANDEUR	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Pacsé
Nom - Prénom		
Nom de naissance		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale (organisme)		
Nationalité	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Ressortissant Union européenne <input type="checkbox"/> Ressortissant hors Union européenne	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Ressortissant Union européenne <input type="checkbox"/> Ressortissant hors Union européenne
Date d'arrivée en France (pour les étrangers)		
Situation de famille (célibataire, marié, divorcé, veuf, concubin, pacsé)		

Mentionnez si vous faites l'objet d'une mesure de protection :

- sauvegarde de justice
 tutelle
 curatelle simple
 curatelle renforcée
 autre (précisez : MAJ, habilitation familiale :)

Nom et adresse de l'organisme, de la personne chargée de la gestion des biens :

.....

 Tél.

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

Adresse :

 Tél.

- Précisez s'il s'agit : du domicile de l'établissement d'hébergement (date d'entrée :)
 de l'accueil familial par un particulier à domicile à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989 (date de début de l'accueil :)
 autre (ex : chez un enfant, un parent)

Adresse précédente du demandeur :

- Si vous êtes en établissement > Indiquez l'adresse du domicile avant la première entrée en établissement
- Si vous êtes à domicile, en cas de déménagement depuis moins de 3 mois > Indiquez l'adresse précédente

.....

ADRESSE DU CONJOINT, CONCUBIN, PACSÉ (si différente de celle actuelle du demandeur)

Adresse :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PRESTATIONS PERÇUES

Percevez-vous :

- La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ? oui non
- La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) ? oui non
- L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ? oui non
- La prestation de compensation du handicap (PCH) ? oui non
- L'aide ménagère versée par les caisses de retraite (PAP) ? oui non
- L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale ? oui non

RESSOURCES MENSUELLES (en euros)

Produits	Du demandeur	Du conjoint, concubin ou pacsé
Pensions et retraites / Allocation de solidarité personnes âgées (ASPA)		
Salaire ou bénéfice déclaré		
Allocation aux adultes handicapés (AAH)		
Pension d'invalidité		
Indemnités journalières		
RSA ou ARE (Aide au retour à l'emploi)		
Rente accident du travail		
Pension militaire		
Revenus de rentes viagères		
Revenus du capital placé : - Imposable - Non imposable		
Revenus contrat d'assurance vie		
Revenus fonciers		
Aide au logement (APL et ALS)		

CHARGES

Pensions et/ou obligations alimentaires versées :

Mutuelle :

PATRIMOINE DU FOYER (tous les immeubles possédés)

1. Habitation principale

Propriétaire

Hébergé à titre gratuit

Locataire

Bailleur privé

Bailleur public

2. Biens immobiliers Indiquez pour chaque bien : adresse, valeur estimée, revenus locatifs et fournissez les relevés de taxes foncières correspondantes :

	Adresse	Valeur estimée (en euros)	Revenus locatifs (si oui, montant à indiquer)	
1.			<input type="checkbox"/> oui, montant :	<input type="checkbox"/> non
2.			<input type="checkbox"/> oui, montant :	<input type="checkbox"/> non
3.			<input type="checkbox"/> oui, montant :	<input type="checkbox"/> non
4.			<input type="checkbox"/> oui, montant :	<input type="checkbox"/> non
5.			<input type="checkbox"/> oui, montant :	<input type="checkbox"/> non

DONATIONS ET ASSURANCE VIE

1. Donations

Avez-vous fait une donation dans les 10 ans précédant cette demande ? oui non

Cette donation a-t-elle été consentie devant un notaire ? oui non

Si oui, nom et adresse du notaire :

Si l'agit de dons manuels non enregistrés devant notaire, indiquez la date et le montant de chaque don :

2. Assurance vie

Avez-vous souscrit un ou des contrats d'assurance vie ? oui non

Si oui, précisez :

	Date de souscription du contrat	Organisme et N° du contrat	Noms et adresses des bénéficiaires en cas de décès
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

PERSONNE(S) À JOINDRE POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE (enfants, parents)

Nom / prénom

Adresse / téléphone

.....
.....
.....
.....

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES (facultatif)

.....
.....

Je soussigné(e),

Agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant de

reconnais avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous et, reconnais avoir lu et signé la fiche jointe intitulée « Conséquences de l'admission à l'aide sociale ».

■ FRAUDE (article 135-1 du code de l'action sociale et des familles)

Sans préjudice des paiements en restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-2, 313-7 et 313-8 du code pénal.

■ PRISE EN COMPTE D'UNE DEMANDE D'AIDE SOCIALE

La prise en considération d'une demande d'aide sociale impose que toutes les autres possibilités de prise en charge aient été préalablement vérifiées.

■ AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT

L'attribution de l'aide sociale à l'hébergement est subordonnée au règlement d'une participation aux frais d'hébergement et de la contribution des époux aux charges du mariage (article 214 du code civil).

■ CAS DE SURENDETTEMENT

Il convient d'informer la commission de surendettement de l'attribution de l'aide sociale à l'hébergement.

■ CHANGEMENT DE SITUATION

Tout changement de situation du bénéficiaire de l'aide sociale devra être signalé aux services du Département (pôle vie sociale). J'autorise la Maison Loire Autonomie à transmettre les éléments du dossier aux caisses de retraite.

Je certifie sur l'honneur :

- l'exactitude des renseignements fournis dans le cadre de cette demande,
- ne pas être titulaire d'une majoration tierce personne 3^e catégorie sécurité sociale (MTP) ou de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne (PC RTP).

Fait à

Signature :

Le

DISPOSITIONS CONCERNANT LES DROITS DES CITOYENS DANS LEURS RELATIONS AVEC L'ADMINISTRATION

En application des dispositions du livre III du code des relations entre le public et l'administration, les personnes qui le demandent pourront consulter les documents relatifs à la présente demande les concernant. Les modalités d'accès seront appliquées conformément aux dispositions édictées par la loi.

DISPOSITIONS RELATIVES AU TRAITEMENT AUTOMATISÉ DE 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, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne dispose du droit de décider et de contrôler les usages qui sont faits des données à caractère personnel la concernant.

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

- Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité d'instruction du dossier.
- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide sociale à domicile ou en établissement.
- En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, à Monsieur le président du Département à l'adresse ci-dessous :

DOCUMENT À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

À REMETTRE SOUS PLI CACHETÉ À L'INTÉRESSÉ

À l'attention du médecin traitant

Dans l'intérêt du suivi de votre patient, et pour permettre à l'équipe médico-sociale d'effectuer une étude du dossier dans les meilleurs délais, je vous remercie de bien vouloir compléter la demande ci-après, la grille AGGIR et d'y joindre tout document complémentaire que vous jugerez utile.

Il est rappelé que l'équipe médico-sociale est astreinte au secret médical (article 226-13 du code pénal) ; elle reste à votre disposition pour vous informer de la suite réservée à cette demande.

En vous remerciant par avance de votre obligeance, je vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes salutations confraternelles.

Le médecin autonomie de l'équipe médico-sociale

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM NOM de naissance

Prénom Date de naissance

Sexe : F M

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

NOM Prénom

Adresse

..... Tél.

COORDONNÉES DU MÉDECIN QUI COMPLÈTE LE CERTIFICAT MÉDICAL

NOM Prénom

Adresse

..... Tél.

ORIGINE DE LA PERTE D'AUTONOMIE : LES PRINCIPALES PATHOLOGIES

GROUPE DE PATHOLOGIES	PATHOLOGIES	PATHOLOGIES PRINCIPALES <small>(à cocher)</small>	COMMENTAIRES
1. Cardio-vasculaires	1.1 Insuffisance cardiaque / myocardiopathie	<input type="checkbox"/>	
	1.2 Athérosclérose	<input type="checkbox"/>	
	1.3 Troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	
2. Broncho-pulmonaires	2.1 Broncho-pneumopathies	<input type="checkbox"/>	
	2.2 Insuffisance respiratoire	<input type="checkbox"/>	
3. Neuro-psychiatriques	3.1 Accidents vasculaires cérébraux <i>(à préciser)</i>	<input type="checkbox"/>	
	3.2 Épilepsie	<input type="checkbox"/>	
	3.3 Syndrome parkinsonien	<input type="checkbox"/>	
	3.4 Pathologies neurodégénératives	<input type="checkbox"/>	
	3.5 États anxio-dépressifs	<input type="checkbox"/>	
	3.6 Psychose, délire, hallucinations	<input type="checkbox"/>	
	3.7 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées	<input type="checkbox"/>	
	3.8 Éthylisme	<input type="checkbox"/>	
4. Ostéo-articulaires	4.1 Pathologies dégénératives <i>(à préciser)</i>	<input type="checkbox"/>	
	4.2 Pathologies inflammatoires <i>(à préciser)</i>	<input type="checkbox"/>	
	4.3 Séquelles post traumatiques <i>(à préciser)</i>	<input type="checkbox"/>	
5. Gastro-entérologiques	5.1 Affections hépatiques, biliaires, pancréatiques	<input type="checkbox"/>	
	5.2 Incontinence fécale	<input type="checkbox"/>	
	5.3 Autres	<input type="checkbox"/>	
6. Endocriniennes	6.1 Diabète	<input type="checkbox"/>	
	6.2 Dysthyroïdie	<input type="checkbox"/>	
	6.3 Dénutrition	<input type="checkbox"/>	
	6.4 Déshydratation	<input type="checkbox"/>	
7. Uro-néphrologiques	7.1 Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	
	7.2 Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/>	
8. Hématologie et cancérologie	8.1 Anémies	<input type="checkbox"/>	
	8.2 Cancers <i>(à préciser)</i>	<input type="checkbox"/>	
	8.3 Hémopathies malignes <i>(à préciser)</i>	<input type="checkbox"/>	
9. Pathologies sensorielles	9.1 Pathologies ophtalmologiques <i>(à préciser)</i>	<input type="checkbox"/>	
	9.2 Pathologies auditives <i>(à préciser)</i>	<input type="checkbox"/>	

TRAITEMENTS SUIVIS (Médicamenteux et/ou rééducation fonctionnelle)	PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION (à cocher)			DÉFICIENCES - BILANS COMPLÉMENTAIRES	
	Pathologie aiguë	Pathologie chronique	Évolution péjorative		
				Signes de décompensation	
				<input type="checkbox"/> Assistance respiratoire éventuelle	
				<input type="checkbox"/> Dysarthrie	<input type="checkbox"/> Aphasie, mutité
				Possibilité de communication : <input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> non verbale	
				Localisation	<input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIG
				Troubles de l'équilibre	
				Suivi neuro-psychiatrique	
				Troubles de mémoire	MMS : Imagerie :
				Troubles du comportement	<input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Déambulation
				Aides techniques	<input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Déambulateur Autre :
				Type d'alimentation	
				<input type="checkbox"/> Troubles de déglutition	<input type="checkbox"/> Stomie
				Complications du diabète	<input type="checkbox"/> DNID <input type="checkbox"/> DID
				Poids :	
				Taille :	
				<input type="checkbox"/> Protections pour incontinence	<input type="checkbox"/> SAD
				<input type="checkbox"/> Dialyse	Fréquence :
				Acuité visuelle après correction	Œil droit : Œil gauche :
				Déficit auditif moyen	Oreille droite : Oreille gauche :

À l'attention du médecin autonomie de l'équipe médico-sociale

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN TRAITANT

Nom du demandeur

Commune

Canton

Art. L1111-7 du code de la santé publique (art.11L n°2002-303 du 4 mars 2002) :
« Toute personne peut accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne,
aux informations à caractère médical qui la concernent dans les conditions définies par voie réglementaire »

DOCUMENT À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités qu'elle effectue ou non. On ne doit pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, prothèses auditives, fauteuil roulant, canne, etc.)

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM NOM de naissance

Prénom Date de naissance

GRILLE À REMPLIR

A : Fait seul(e) spontanément ET totalement ET habituellement ET correctement.

B : Fait seul(e) non spontanément ET/OU non totalement ET/OU non habituellement ET/OU non correctement.

C : Ne fait pas seul(e) OU l'activité est réalisée en partie par la personne, mais tout doit être refait à chaque fois.

			A	B	C
1	TRANSFERTS	• Se lever, se coucher, s'asseoir			
2	DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR	• Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant			
3	TOILETTE	• Haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage			
		• Bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes			
4	ÉLIMINATION	• Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire			
		• Assurer l'hygiène de l'élimination fécale			
5	HABILLAGE	• Haut : vêtements passés par les bras et/ou la tête			
		• Moyen : fermeture des vêtements, boutonnage, fermeture éclair, ceinture, pressions			
		• Bas : vêtements passés par le bas du corps, y compris chaussettes, bas, chaussures			
6	ALIMENTATION	• Se servir : couper la viande, peler un fruit, remplir son verre			
		• Manger les aliments préparés			
7	ALERTER	• Utiliser les moyens de communication à distance, téléphone, sonnette, téléalarme			
8	DÉPLACEMENTS À L'EXTÉRIEUR	• À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
9	ORIENTATION	• Se repérer dans le temps : saison, moment de la journée			
		• Se repérer dans l'espace : lieux de vie habituels et lieux nouveaux			
10	COHÉRENCE	• Communication : avec autrui dans la vie courante			
		• Comportement : réactions adaptées aux situations, agressivité			

VOTRE PATIENT(E) BÉNÉFICIE-T-IL (ELLE) ?

- D'un service de soins à domicile oui non
- D'une infirmière à domicile oui non
- D'une aide à domicile oui non

Fait à Date

**Cachet et signature
du médecin (indispensable)**

DOCUMENT À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

TOUT DOSSIER NON SIGNÉ NE POURRA FAIRE L'OBJET D'UNE ÉTUDE

Tous les capitaux détenus (imposables ou non-imposables) par le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un PACS sont à déclarer.

Produits	Nom et adresse de l'agence	Numéro de compte	Capital (en euros)	Intérêts perçus ou capitalisés de l'année précédant la demande (en euros)
Comptes chèques				
Livrets d'épargne				
Livret d'épargne populaire (LEP)				
Livret de développement durable (LDD)				
Livret ou compte épargne logement				
Bons d'épargne, bons de caisse, bons de capitalisation, bons anonymes				
Contrats d'assurance vie				
Plan d'épargne populaire (PEP)				
Obligations, actions, SICAV, SCPI				
Revenus soumis au prélèvement obligatoire				
Autres (préciser)				

Je soussigné(e)

atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur le présent document sont exacts.

Fait à

Signature

Date

DOCUMENT À REMPLIR PAR L'ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL

COORDONNÉES

NOM et prénom du bénéficiaire.....

Identification de l'établissement.....

Adresse de l'établissement.....

..... Tél.

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

ÉTABLISSEMENT

Habilité à l'aide sociale Non habilité à l'aide sociale

En dotation globale pour la section tarifaire « Dépendance »

Date d'entrée dans l'établissement :

SECTION D'ACCUEIL

EHPAD Résidence Autonomie

Unité de soins de longue durée Autres (PUV, etc.)

PRIX DE JOURNÉE

• Hébergement.....€
Libellé exact des modalités d'accueil (chambre à 1 lit, chambre à 2 lits, etc.).....

• Dépendance

GIR 1-2 :€

GIR 3-4 :€

GIR 5-6 :€

(Pour les établissements hors Loire, joindre l'arrêté de tarification du Département de la Loire en vigueur)

À REMPLIR IMPÉRATIVEMENT

Indiquez dans le tableau ci-dessous les nom, adresse et lien de parenté des membres de la famille
(Conjoint - Père - Mère - Enfants majeurs - Petits-enfants majeurs - Gendres - Belles-filles).

Nom et prénom	Adresse	Lien de parenté

Uniquement dans le cadre d'une demande d'aide sociale à l'hébergement pour personnes âgées :
remplir les imprimés d'obligation alimentaire **à retirer à la mairie.**

DOCUMENT À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR À LIRE TRÈS ATTENTIVEMENT

Les personnes sollicitant le bénéfice d'une prestation d'aide sociale prévue par ce dossier sont informées des dispositions suivantes :

DES RECOURS SONT EXERCÉS PAR LE DÉPARTEMENT (article 132-8 du code de l'action sociale et des familles)

1. POUR LES ADMISSIONS AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT

La récupération s'exerce au 1^{er} euro contre :

- Le bénéficiaire, lorsqu'un événement nouveau améliore sa situation financière (retour à meilleure fortune).
- La succession du bénéficiaire (dans la limite de l'actif successoral, les héritiers ne sont pas tenus personnellement au remboursement de la créance).
- Les légataires.
- Les donataires, lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les 10 ans précédant cette demande.
- Les bénéficiaires d'un contrat assurance vie à concurrence de la fraction des primes versées après l'âge de 70 ans.

2. POUR LES ADMISSIONS AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE AUX SERVICES MÉNAGERS

La récupération s'exerce au 1^{er} euro contre :

- Le bénéficiaire, lorsqu'un événement nouveau améliore sa situation financière (retour à meilleure fortune).
- Le(s) donataire(s) pour une donation hors part successorale. Lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les 10 ans précédant cette demande.
- Le légataire particulier.
- Les bénéficiaires d'un contrat d'assurance vie à concurrence de la fraction des primes versées après l'âge de 70 ans.

La récupération s'exerce au-delà d'un seuil de 76 500 € et pour la part de la créance supérieure à 760 €, contre :

- La succession du bénéficiaire (dans la limite de l'actif successoral, les héritiers ne sont pas tenus personnellement au remboursement de la créance).
- Le(s) donataire(s) pour une donation en avancement de part successorale ; lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les 10 ans précédant cette demande.
- Le(s) légataire(s) universel(s) ou à titre universel.

HYPOTHÈQUES (article 132-9 du code de l'action sociale et des familles)

- Les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement peuvent être hypothéqués en garantie des recours indiqués ci-dessus.

Je soussigné(e)..... déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus indiquées et autorise le président du Département à solliciter auprès des administrations compétentes toute évaluation de mon patrimoine, notamment cadastrale.

Fait à Date

Signature précédée
de la mention « Lu et approuvé »



DOCUMENT À REMPLIR PAR LE CCAS

COMMUNE

Commune de :

Suite à la demande de :

Domicilié(e) dans sa commune :

En vue de :

AVIS DU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Avis favorable

Avis défavorable

MOTIVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....