



Direction Générale Adjointe du Pôle Solidarité

Direction de l'Autonomie

1 rue du Commandant Hugueny

CS 62127 – 52905 CHAUMONT Cedex 9

Dossier familial de demande d'aide sociale

Demandeur

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Domicile de secours (lieu de vie avant l'entrée en établissement ou en accueil
familial :

Instruction du Dossier :

Commune de résidence actuelle :

Toute correspondance doit être adressée à M. le Président du conseil départemental de la Haute-Marne
Hôtel du Département - 1 rue du Commandant Hugueny - CS 62127 - 52905 CHAUMONT Cedex 9

www.haute-marne.fr

	Le chef de famille ou demandeur	Son conjoint ou concubin
Nom marital
Nom de naissance
Prénom(s)
Date de naissance
Lieu de naissance
Nationalité
Situation de famille
Profession ou activité
N° de sécurité sociale	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
N° allocataire CAF/MSA

◆ **Adresse (utiliser une feuille à part si plusieurs adresses précédentes)**

Adresse actuelle :	Date d'arrivée :
.....	
Adresse précédente :	Date d'arrivée :
.....	Date de départ :

◆ **Mesure de protection**

Tutelle Curatelle renforcée Curatelle simple Habilitation familiale Sauvegarde de Justice

Coordonnées de la personne/organisme en charge de la mesure :

.....

◆ **Composition et ressources du foyer**

Nom - prénom	Date de naissance	Parenté avec le demandeur	Ressources				Total
			Salaire net ou bénéfice déclaré	Pensions, retraites, ASPA	Allocations (CAF, MSA, etc)	Revenu du capital et autres	

◆ **Charges mensuelles**

Loyer ou frais d'hébergement	
Charges relatives à l'habitation (<i>assurance habitation, taxe foncière, si aide sociale à domicile : électricité, chauffage...</i>)	
Obligations alimentaires	
Mutuelle (<i>montant de l'échéance</i>)	
Responsabilité civile (<i>montant de l'échéance</i>)	
Frais de gestion de la mesure de protection judiciaire	
Autres charges (nature et montant)	
.....	
.....	
.....	

◆ **Capital du foyer**

Biens immobiliers			
Adresse précise	Nature	Surface	Valeur estimative

Biens mobiliers et épargne	
<i>Livret ou compte productif d'intérêt et nom de la banque</i>	<i>Montant</i>

Biens non productifs de revenus : montant des comptes de dépôts (bancaires ou postaux) et des assurances vies selon l'article L132-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)	
<i>Comptes ou assurances vies et nom de la société</i>	<i>Montant</i>

Biens propres ayant fait l'objet de donation, partage ou vente
(Nature et lieu des biens, noms et adresses des bénéficiaires, valeur déclarée, date, nom du notaire, clauses particulières, rente annuelle)

Autres renseignements

◆ **Membres de la famille tenus à la dette alimentaire (utiliser une feuille à part si nécessaire)**

Nom – prénom	Date de naissance	Parenté	Profession	Situation familiale	Adresse précise

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.

A, le Signature du chef de famille ou représentant légal

◆ **Partie réservée à la mairie, le CCAS ou le CIAS de la mairie du lieu de résidence**

Avis motivé sur les avantages sollicités (validation de l'état de besoin)

Le maire soussigné certifie que les renseignements fournis ont fait l'objet d'une vérification.
Il atteste qu'à sa connaissance le demandeur ne possède aucune autre source de revenu.

A, le

Signature du maire

Cachet

◆ **Partie réservée à l'administration (service instruction du Département)**

Commentaires éventuels

Etat de besoin –décision - montant de l'aide accordée

Accord Rejet

Date :/...../.....

Instructrice