

A. PERSONNE POUR LAQUELLE L'AIDE EST DEMANDÉE

QUALITÉ - NOM - PRÉNOM NÉ(E) LE

NOM JEUNE FILLE PARENTÉ AVEC DEMANDEUR

NATIONALITÉ CAT. SOCIO. PROF.

ADRESSE

COMMUNE..... CODE POSTAL BUREAU DISTR

DOMICILE DE SECOURS DANS LE 93 : PLUS DE 3 MOIS OUI ☐ NON ☐

B. DEMANDEUR

(si le demandeur n'est pas le bénéficiaire)

QUALITÉ - NOM - PRÉNOM NÉ(E) LE

C. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ASSURÉ

QUALITÉ - NOM - PRÉNOM NÉ(E) LE

NOM JEUNE FILLE PARENTÉ

N° SÉCURITÉ SOCIALE N° DE CENTRE.....

RÉGIME ET CAISSE MUTUELLE N° C.A.F.

D. AVANTAGE SOLLICITÉ

FORME D'AIDE DATE DÉPÔT

EFFET DEMANDÉ DU AU SÉJOUR DUAU

ÉTABLISSEMENT N° D'ENTRÉE.....

TYPE SÉJOUR MONTANT.....

ADMISSION D'URGENCE. DATE DÉCISION DU MAIRE

E. AVIS DU C.C.A.S. SUR LES AVANTAGES SOLLICITÉS

TYPE ADMISSION PROPOSÉ

MOTIF

RENSEIGNEMENTS COMPL.

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que, depuis l'établissement du Dossier Familial me concernant, aucun changement financier n'est intervenu dans ma situation ni dans celle de ma famille.

Dans le cas contraire, un nouveau Dossier Familial devra être établi.

A Le

Signature

Signature du Président du C.C.A.S.
Cachet

F. AVIS DU MÉDECIN CONTRÔLEUR DES LOIS D'AIDE SOCIALE

.....

.....

.....

.....

G. PROPOSITION DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL - DÉCISION

.....

.....

.....

H. DÉCISION DE LA COMMISSION D'ADMISSION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

I. RECOURS EN COMMISSION DÉPARTEMENTALE D'AIDE SOCIALE

.....

.....

J. RECOURS EN COMMISSION CENTRALE D'AIDE SOCIALE

.....

.....

Signature du Président de la Commission :

ACCÈS AU DOSSIER

Les informations recueillies sur ce formulaire feront l'objet d'une saisie sur fichier magnétique. Elles vous seront retransmises après saisie. La loi N° 78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Direction de la population âgée et des personnes handicapées.