

DEMANDE D'AIDE SOCIALE

ÉTAT-CIVIL DU OU DES DEMANDEURS

Demandeur

Conjoint / demandeur

oui

non

Nom d'usage

Prénom

Nom de famille.....
(nom de naissance)

Date et lieu de naissance

Situation de famille

Numéro de sécurité sociale

Nationalité Française

Ressortissant U.E.

Autres

Date d'arrivée en France

	Adresse actuelle	Adresse actuelle	Adresses précédentes
	Demandeur	Conjoint	
Date d'arrivée	.....	.....	.....
N° et voie	.....	.....	.....
Code postal	.....	.....	.....
Commune	.....	.....	.....
Votre adresse actuelle est-elle celle :			
	<input type="checkbox"/> du domicile	<input type="checkbox"/> propriétaire	<input type="checkbox"/> locataire
	<input type="checkbox"/> de l'établissement	<input type="checkbox"/> d'un accueil familial à titre onéreux	
N° de téléphone	.....	e-mail	.....

Caisse de retraite principale

N° pension et adresse

Personnes vivant au foyer

DOSSIER N°

Demandeur

Conjoint /
demandeur

oui non

Avantage(s) sollicité(s)	1 ^{re} demande - Renouvellement (cocher la mention utile)	1 ^{re} demande -Renouvellement (cocher la mention utile)
APA à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APA en établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APA en accueil familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services ménagers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocation placement familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hébergement en établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portage de repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renouvellement ACTP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Référent à contacter en cas de besoin

Nom Prénom

Adresse

Tél. e-mail

Qualité parent (lien de parenté)

représentant légal : sauvegarde de justice tutelle curatelle

autre

Avantages déjà accordés par d'autres organismes

Majoration tierce personne (pension d'invalidité 3^e catégorie) Prestation de compensation du handicap

Rente viagère souscrite contre le risque de perte d'autonomie Services ménagers pris en charge par une caisse de retraite

Allocation compensatrice pour tierce personne

Ressources du foyer

(année civile précédant la demande pour l'APA et l'année en cours pour les autres demandes)

Demandeur

Nature (salaire, retraite, rente, pension, perçues actuellement)	Organisme payeur (indiquer le régime de retraite principal et la complémentaire)	Montant (préciser si le montant est mensuel ou trimestriel)
.....
.....
.....
.....

Votre conjoint (ou concubin ou personne ayant conclu un PACS)

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

Signature du maire

Protection de vos données personnelles

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile ou d'aide sociale à l'hébergement ainsi et de contrôler le droit qui en découle. Le Conseil départemental de la Charente-Maritime est le responsable de traitement.

Celui-ci est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis (Article 6-1 C du RGPD) Ces aides s'inscrivent dans le cadre réglementaire suivant :

- Code de l'Action Sociale et des Familles,
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV)
- Règlement départemental d'Aide Sociale Générale
- Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel
- Délibération n° 2017-142 du 27 avril 2017 portant avis sur un projet de décret autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement, par les conseils départementaux (saisine no 17005716)
- Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement

Les données enregistrées sont celles des formulaires liés à la présente demande, ainsi que les informations que vous fournissez librement notamment lors de l'évaluation à domicile par le professionnel de santé le cas échéant. Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée. L'ensemble des données est obligatoire, tout défaut de réponse entrainera l'impossibilité de traiter votre dossier.

Les données et catégories de données sont celles énumérées à l'article Art. R. 232-41 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

L'article R. 232-44 du CASF liste les catégories de personnes pouvant accéder aux données pour la gestion des aides. Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir, en fonction de leurs missions :

- Les centres communaux d'action sociale (CCAS)
- Les organismes de retraite
- Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC)
- Le cas échéant, le médecin traitant, sous réserve du consentement de la personne
- L'ensemble des destinataires prévus à l'article R 232-45 du code de l'action sociale et des familles

Les décisions vous sont notifiées ainsi qu'au CCAS ayant constitué le dossier et le cas échéant à la structure d'accueil ou d'accompagnement.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et à l'article Art. R.232-46 du code de l'action sociale et des familles.

Conformément au cadre juridique sur la protection des données personnelles en vigueur (Règlement général de Protection des Données - RGPD et Loi informatique et libertés modifiée), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation des informations qui vous concernent. Vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès.

Ces demandes doivent être adressées, en justifiant de votre identité, par voie postale à l'adresse suivante : Département de la Charente-Maritime – A l'attention de la Déléguée à la Protection des Données - 85 bd de la République – CS 60003 – 17076 La Rochelle cedex 9, ou par mail à l'adresse dpd@charente-maritime.fr.

Le droit d'opposition ne s'applique pas au traitement dans la mesure où il découle d'une obligation légale.

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL : 3 place Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex / www.cnil.fr

J'autorise le Département à transmettre les pièces strictement nécessaires à un autre organisme dans le cas où mon dossier ne relèverait pas de l'aide sociale générale départementale.

Je soussigné(e), agissant (rayer la mention inutile) :

- En mon nom propre
- En qualité de représentant de
- Lien de parenté

Tuteur

oui

non

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Autorise la Présidente du Conseil départemental à solliciter auprès des administrations compétentes tout élément permettant de vérifier les déclarations des intéressés (articles L. 133-2 et L. 232 - 16 du code de l'action sociale et des familles).

Date

Signature