

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

■ Le demandeur

Je soussigné(e) agissant en mon nom propre/en ma qualité de représentant légal de
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à, le

Signature du demandeur (ou de son représentant)

■ Le Maire

Le Maire, soussigné, certifie que les renseignements fournis font l'objet d'une vérification par le Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale et que tous les justificatifs correspondants sont joints au présent dossier.
Il atteste que, à sa connaissance, le demandeur ne possède aucune autre source de revenus.

Fait à, le

Avis du CCAS/CIAS :

Signature du Maire, cachet

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi, 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 l'impossibilité d'instruction du dossier.

- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide 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 selon la prestation dont vous bénéficierez, en justifiant de votre identité, à l'adresse ci-dessous.

ASH 64

Aide Sociale à l'Hébergement Dossier de demande

DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE
SOLIDARITÉS HUMAINES
DIRECTION DE L'AUTONOMIE

N° Dossier :

NOM :

Prénom :

Commune :

Date de dépôt de la demande au CCAS/CIAS

Le

Aide sociale Personne Agée

Aide sociale Personne Handicapée

(Cocher les cases correspondantes)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} demande - date d'entrée en établissement : | <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} demande - date d'entrée en établissement : |
| <input type="checkbox"/> Renouvellement - date d'effet : | <input type="checkbox"/> Renouvellement - date d'effet : |
| <input type="checkbox"/> Transfert d'établissement - date d'effet : | <input type="checkbox"/> Transfert d'établissement - date d'effet : |

Type d'établissement

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> EHPAD | <input type="checkbox"/> Foyer d'hébergement d'ESAT |
| <input type="checkbox"/> USLD | <input type="checkbox"/> Foyer de vie |
| <input type="checkbox"/> Foyer logement | <input type="checkbox"/> Foyer d'accueil médicalisé (FAM) |
| | <input type="checkbox"/> EHPAD / USLD / foyer logement |
| | <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : |

Type d'accueil

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Permanent | <input type="checkbox"/> Temporaire |
| <input type="checkbox"/> Accueil de jour | <input type="checkbox"/> Essai / stage |

Version 12/2019

www.le64.fr



PLUS PROCHE,
PLUS SOLIDAIRE
SOLIDARITÉ

● DÉPARTEMENT DES PYRENEES-ATLANTIQUES

Direction générale Adjointe des Solidarités Humaines
Direction de l'Autonomie
Mission Aide sociale à l'hébergement
Hôtel du Département
64 avenue Jean Biray
64058 PAU Cédex 9

