

Direction personnes âgées
et personnes handicapées
Service Aide sociale
9 place du Général de Gaulle
CS 42371
22023 SAINT-BRIEUC CEDEX 1



**Personne en situation
de handicap**
**Demande de prise en charge
dans un établissement
pour personnes âgées**

- Première demande
- Renouvellement
- Changement d'établissement

Ce document n'a pas de valeur juridique. Seul le dossier d'aide sociale qui doit être déposé en mairie au domicile de secours du demandeur conditionne la date de début de l'aide sociale si le dossier est déposé dans les 2 mois qui suivent l'entrée en établissement.

Renseignements

<p>Nom de l'établissement</p> <p>N° FINESS :</p> <p><input type="checkbox"/> USLD <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> Résidence autonomie</p> <p>Type d'hébergement <input type="checkbox"/> Chambre simple <input type="checkbox"/> Chambre double <input type="checkbox"/> T1/T1 bis</p> <p>Tarification journalière : €/ J (talon dépendance inclus)</p>	<p>Personne pour laquelle l'aide est sollicitée <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M^{me} Nom : née Prénom : Date de naissance : Adresse Domicile de secours ou dernière adresse connue (avant l'entrée en établissement)</p>
<p>Dates Entrée dans l'établissement Demande de prise en charge Sortie de l'établissement Changement d'établissement</p>	<p>Caisse de Sécurité Sociale : N° :</p> <p>Mesure de protection (joindre une copie) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Oui Coordonnées de la <input type="checkbox"/> tutelle ou <input type="checkbox"/> curatelle :</p>
<p>Taux d'incapacité de 80% reconnu avant 65 ans : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (Joindre copie décision CDAPH)</p>	
<p>Ressources AAH, ACTP, PCH, pensions retraite, pension invalidité par mois) Montant : € Montant : € Montant : € Autres ressources par mois (à préciser) Montant : € Montant : € Montant : €</p> <p>Allocation logement APL ou ALS par mois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Oui Montant : €</p>	<p>Je soussigné déclare demander le bénéfice de l'Aide sociale aux personnes handicapées hébergées en structure pour personnes âgées <input type="checkbox"/> me concernant. <input type="checkbox"/> concernant <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M^{me}</p>
<p>Demande effectuée le à</p>	
<p>Signature du demandeur ou de son représentant légal</p>	
<p>Demande reçue à la DPAPH, le</p>	