

DÉPARTEMENT : .....  
CANTON : .....  
COMMUNE : .....

DATE DE LA DEMANDE : .....  
NUMÉRO DU DOSSIER FAMILIAL : .....

## A PERSONNE POUR LAQUELLE L'AIDE EST DEMANDÉE

MR. MME (1) MLE     
NOM PRÉNOM

SEXE Masculin (1) Féminin (1)

DATE DE NAISSANCE     
SITUATION DE FAM. :

NOM DE JEUNE FILLE  NATIONALITÉ :

PROFESSION :  NOMBRE D'ENFANTS :

L'intéressé habite-t-il depuis plus de trois mois dans le département ?

## B DEMANDEUR (A ne remplir que si le Demandeur n'est pas le Bénéficiaire)

MR. MME (1) MLE     
NOM PRÉNOM

PARENTÉ avec le bénéficiaire :  NOMBRE D'ENFANTS :

## C ADRESSE DU DEMANDEUR

ADRESSE

ADRESSE (suite)

Code postal COMMUNE

## D RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

ASSURÉ :     
NOM (nom de jeune fille pour une femme mariée) PRÉNOM

PARENTÉ avec le bénéficiaire :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :  Régime :

CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE :

ORGANISME DE PRESTATIONS FAMILIALES :  Numéro d'affiliation :

ASSURANCES DIVERSES ET MUTUELLES :

## E AVANTAGES DÉJÀ ACCORDÉS

Direction de l'Autonomie	Date	AVANTAGES SOLLICITÉS

## F PLACEMENT - HOSPITALISATION

Rappeler l'avantage demandé correspondant Etablissement (s'il y a lieu). Dates d'entrée, de sorties.

## G PROPOSITIONS DE PARTICIPATION

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur que, depuis l'établissement du Dossier Familial me concernant, aucune amélioration n'est intervenue dans ma situation ni dans celle de ma famille. Dans le cas contraire, un nouveau Dossier Familial devra m'être établi.

A ....., le .....  
Signature

(1) rayer les mentions inutiles.

## H AVIS MOTIVÉ

## I DOSSIER FAMILIAL - DETTE ALIMENTAIRE

## J PROPOSITION DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL - DÉCISION

## K ADMISSION D'URGENCE

Date de l'admission  
Décision du Maire

Etablissement hospitalier  
Date de la notification

## L AVIS MOTIVÉ SUR LES AVANTAGES SOLLICITÉS (C.C.A.S.)