DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI
DU 6 JANVIER 1978

Les traitements de l'Aide sociale départementale sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi «Informatique et Libertés» du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuelles. Les modalités de cette protection sont exposées au verso de la demande d'aide ou des notifications individuelles.

API CD61 IMPRIM'VERT® Dossier familial aide sociale - 07/2019

L'ORNE
Conseil départemental

PÔLE SOLIDARITÉS

NOM : ..... Secteur : .....

Commune : ..... Canton : .....

Si la demande est faite par une personne autre que le bénéficiaire, précisez :

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

N° tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse mail : .....

DOSSIER FAMILIAL D'AIDE SOCIALE

Pour une vérification rapide de votre déclaration de ressources, vous êtes priés de présenter au Centre communal d'action sociale vos feuilles d'imposition et toutes les pièces qui vous ont permis de remplir le présent dossier.

Dossier n°

Nom et Prénoms du chef de famille .....

Commune .....

DÉPARTEMENT DE L'ORNE

PÔLE SOLIDARITÉS

CANTON .....

Réservé à l'Administration

N° DE DOSSIER : .....

DATE D'OUVERTURE : Jour Mois An

DOSSIER FAMILIAL D'AIDE SOCIALE

	LE CHEF DE LA FAMILLE OU LE DEMANDEUR	N°	SON CONJOINT OU CONCUBIN	N°
NOM				
PRÉNOM				
Date et lieu de naissance				
Nationalité				
Situation de famille				
Profession ou activité				
N° de Sécurité Sociale				
Nom, adresse de l'employeur				

Adresse actuelle

Date d'arrivée	N° et voie	Commune	Code postal et bureau distributeur

Adresses précédentes (si vous avez résidé dans un autre département dans les 6 mois précédant la date d'ouverture du dossier)

Date arrivée	Date départ	N° et voie	Commune	Département

Date d'arrivée en France (pour les étrangers) :

MEMBRES DE LA FAMILLE (À REMPLIR OBLIGATOIREMENT) TENUS À LA DETTE ALIMENTAIRE

NOM - PRÉNOM Conjoints - Pères - Mères - Enfants Petits enfants - Gendres - Belles-Filles	DATE DE NAISS.	PARENTÉ	PROFESSION	ADRESSE PRÉCISE	**N° de PERS. à remplir par le P.S.S.**

CAPITAL DU FOYER

A - BIENS IMMOBILIERS

Adresse précise		
NON BÂTI	Surface	
BÂTI	Nature	
	Nombre de pièces	
	Surface des locaux	
	Valeur estimative	

B - BIENS MOBILIERS ET ÉPARGNE

LIVRETS ET COMPTES productifs et d'intérêts		CAPITAL PLACÉ (actions et obligations)
Numéro		Nature
Montant		Montant
		Revenu annuel

C - BIENS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DONATION, PARTAGE OU VENTE dans les 5 ans précédant la demande.
(Nature et lieu des biens, nom et adresse des bénéficiaires, valeur déclarée, date, nom du notaire, clause, valeur annuelle).

EXPLOITATIONS

		N° SIREN	CHEPTEL - Nature - Quantité	SUPERFICIE	CHIFFRE D'AFFAIRES des 12 derniers mois	VALEUR DU FONDS	MONTANT DU LOYER	NOMBRE OUVRIERS Permanents Saisonniers
COMMERÇANTS ET ARTISANS	PROPRIÉTAIRE ❑							
	LOCATAIRE ❑							
EXPLOITANTS AGRICOLES	MÉTAYER ❑							
	GÉRANT ❑							

PERSONNES VIVANT AU FOYER

	NOM - PRÉNOM	NUMÉRO DE PERSONNES	DATE DE NAISS.	PARENTÉ AVEC LE DEMANDEUR	MONTANT DE L'IMPOSITION			
					Impôts sur le revenu	Taxe d'habitation	Taxes foncières	Taxe professionnelle
	Le chef de la famille lui-même (ou le demandeur)							
PERSONNES VIVANT AU FOYER								
	TOTAUX							

RESSOURCES DU FOYER

NATURE ET MONTANT ANNUEL DES REVENUS			
Salaire ou bénéfice déclaré	Allocations diverses	Pensions et retaites	Revenus du capital et autres

CHARGES MENSUELLES

Loyer et charges relatifs à l'habitation :

Obligations alimentaires :

Autres charges :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Habitation : nombre de pièces :
surface habitable :

Voitures automobiles :
Toursime ☐ CV année de fabrication ☐
Utilitaire ☐ CV année de fabrication ☐
Autres renseignements :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier, avoir pris connaissance des sanctions encourures en cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

A ....., *le* .....
Signature du demandeur :

Le Maire soussigné, certifie que les renseignements fournis ont fait l'objet d'une vérification par le Centre Communal d'Action Sociale. Il atteste qu'à sa connaissance le demandeur ne possède aucune autre source de revenu.

A ....., *le* .....
Signature du maire : *Cachet,*