

# DOSSIER D'AIDE SOCIALE

Auprès du Département de la Moselle

(ce dossier doit être accompagné du formulaire de couleur correspondant à l'aide demandée)

- Pour la prise en charge des frais d'hébergement et/ou des frais de Participation au Tarif Dépendance pour une personne âgée de plus de 60 ans (*joindre le formulaire N° 1*)
- Pour la prise en charge des frais d'hébergement pour une personne de moins de 60 ans (*Formulaire N° 1*)
- Pour la prise en charge des frais de repas (*joindre le formulaire N° 2*)
- Pour la prise en charge des frais d'aide ménagère (*joindre le formulaire N° 3*)

APPLICATION DE LA LOI N° 78-17 du 6 JANVIER 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés  
Les informations contenues sur ce formulaire peuvent être traitées au moyen de l'informatique sous le contrôle de la Direction de la Politique de l'Autonomie du Département de la Moselle. Vous pouvez exercer votre droit d'accès à ces informations et demander leur correction si elles sont inexactes, conformément aux modalités prévues par la loi. Cette loi garantit également un droit d'accès et de rectification des données aux personnes concernées auprès du Département de la Moselle.

**NOM :** (*du bénéficiaire*)

**PRENOM :**

**COMMUNE DE RESIDENCE DU BENEFICIAIRE :**

(*avant entrée en établissement*)

\* Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.

L'ensemble du dossier est à retourner, dûment rempli et signé,  
à l'adresse suivante :

**DEPARTEMENT DE LA MOSELLE  
DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ**

**DIRECTION DE LA POLITIQUE DE L'AUTONOMIE**

**Hôtel du Département  
C.S. 11096  
57036 METZ CEDEX 1**

Accueil physique : 28-30 avenue André Malraux - 57000 METZ

**Tél. : 03 87 56 30 30**

[www.mosellesenior.fr](http://www.mosellesenior.fr)

ETAT CIVIL	Personne pour laquelle la demande est déposée	Conjoint ou personne vivant maritalement
Nom (marital pour les femmes)		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
N° de téléphone		
N° allocataire CAF		

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire  Marié(e)  Vivant maritalement  Signataire d'un PACS  Divorcé(e)  Veuf(ve) depuis le :

Lieu de résidence du conjoint :  Domicile  Établissement

**ADRESSE** - Vous résidez :

<input type="checkbox"/> <b>à votre domicile</b> N°.....Rue ..... Code Postal..... Commune.....	}	Adresse personnelle précédente :..... .....
<input type="checkbox"/> <b>en établissement</b> Nom de l'établissement : ..... Adresse de l'établissement : ..... .....		<input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Usufruitier <input type="checkbox"/> Logé à titre gracieux
<input type="checkbox"/> <b>en famille d'accueil</b> .....		Depuis quelle date y demeurez-vous ? ..... Date de départ de ce domicile .....

### MESURE DE PROTECTION

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection ?  non  oui De quelle nature ?  Curatelle  Sauvegarde de justice  Tutelle } **joindre la copie intégrale du jugement**

Nom et prénom du tuteur, du curateur ou de l'organisme chargé de la gestion des biens : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse de messagerie : .....

### PERSONNE A CONTACTER (pour tout renseignement complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier)

Nom – Prénom : ..... Qualité ou parenté : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse de messagerie : .....

### COMPLEMENTAIRE SANTE

Avez-vous une complémentaire santé (Mutuelle) ?  oui  non

Dans ce cas, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Moselle peut vous aider.

J'autorise le Président du Département à transmettre mes coordonnées à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Moselle pour l'étude de mes droits afin obtenir une aide à l'accès à une complémentaire de santé.

oui  non

Si oui, préciser votre n° de Sécurité Sociale.....

**DECLARATION DES RESSOURCES (perçues l'année civile précédant la demande)**

Ressources annuelles	Montant annuel perçu par le demandeur	Montant annuel perçu par le conjoint ou la personne vivant maritalement
Pensions et retraites (*) (y compris retraites complémentaires) Indiquer le nom du d'organisme payeur		
Pension d'invalidité (*) (préciser le nom de l'organisme payeur)		
Pension de guerre (*)		
Salaires et/ou bénéfices déclarés (*)		
Prestations familiales (*)		
Rentes accident du travail (*)		
Rentes viagères (*) (Préciser le nom du d'organisme payeur)		
Pensions alimentaires (*)		
Avantages en nature (*)		
Autres (*) (à préciser)		

CHARGES DU DEMANDEUR	ORGANISMES	ECHEANCES MENSUELLES
Prêts liés à l'habitation principale (*)		
Autres prêts (*)		
Loyer (*)		
Souscription à une mutuelle complémentaire (*)		
Souscription à une garantie obsèques (*)		
Impôts et taxes (*)		
Autres charges (*)		
Dettes éventuelles (*)		

(\*) Joindre obligatoirement une copie des justificatifs

**COMPOSITION FAMILIALE :**    Enfant(s), conjoint de la personne hébergée  
  Gendre(s) ou belle-fille(s) de la personne hébergée uniquement si enfant décédé  
  (articles 205 et suivants et article 212 du Code Civil)

NOM - Prénom	Date de naissance	Adresse complète

Partie à compléter au verso

## BIENS MOBILIERS

**A remplir obligatoirement - Inscrire "NEANT" sur chaque ligne si vous ne possédez pas ce type de compte**

Nature	Désignation	N° de compte Etablissement	Montant (à la date de la demande d'aide sociale)	Pièces à joindre <b><u>OBLIGATOIREMENT</u></b>
Livrets et comptes productifs (A, LEP, PEP, PELPEA, LDD, ...)				Copie des relevés des 3 derniers mois
Actions Obligations				Copie des relevés des 3 derniers mois
Assurance(s) vie				Copie initiale du contrat, avenant et relevé précisant le montant au moment de la demande d'aide sociale
Compte(s) courant(s)				Copie des relevés des 3 derniers mois
Autres				Joindre les justificatifs

Existe-il une (ou des) procuration(s) donnée(s) à un tiers ?  Non  
 Oui (dans l'affirmative compléter le tableau ci-dessous)

Nom – Prénom	Adresse	Lien de parenté	Sur quel(s) compte(s)

## BIENS IMMOBILIERS (propriétés bâties et non bâties)

Situation au 31 décembre de l'année civile précédant la demande

**REPLIR OBLIGATOIREMENT LE TABLEAU CI-DESSOUS.** Inscrire "NEANT" si vous n'êtes pas propriétaire ou usufruitier

Joindre la photocopie de la ou des matrice(s) cadastrale(s), et du (des) dernier(s) relevé(s) de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties.

Désignation (immeubles, terrains...)	Adresse	Usage	Montant annuel des loyers ou fermages	Valeur locative (1)
Résidence Principale		<input type="checkbox"/> Occupée - par : <sup>(2)</sup> ..... <input type="checkbox"/> Non occupée <input type="checkbox"/> Louée		
Autres biens		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité <input type="checkbox"/> Loué		
		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité <input type="checkbox"/> Loué		

(1) La valeur locative est indiquée sur l'avis des taxes foncières ligne (base) ou sur le relevé cadastral

(2) Indiquez le cas échéant le lien de parenté

Je soussigné(e), ..... agissant en mon nom propre/en ma qualité de représentant\*, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et déclare avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration (article 313-1 et suivants du Code Pénal).

\* Rayer la mention inutile

Fait à : ..... le : .....

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

**LES CONSEQUENCES DE L'ADMISSION  
A L'AIDE SOCIALE****1° - PARTICIPATION DU BENEFICIAIRE A SES FRAIS D'HEBERGEMENT**

L'Aide Sociale est versée en complément des ressources de la personne hébergée qui participe à ses frais de séjour tout en conservant un minimum de ressources variable selon sa situation et défini selon les textes suivants : articles L 132-1 et L 132-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles et les articles 344-5 et 345-1 de la loi du 11 février 2005 modifiée par décret du 19 février 2009.

**2° - RECUPERATION DE L'AIDE SOCIALE**

En application de l'article L 132-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles, l'Aide Sociale est une avance récupérable dans les cas suivants :

**A - RECOURS CONTRE SUCCESSION**

Des recours contre la succession des bénéficiaires de l'Aide Sociale sont exercés dans la limite de l'actif net successoral pour permettre la récupération de tout ou partie des prestations allouées. Cette récupération n'intervient que sur l'actif net successoral. Les héritiers ne sont pas appelés à rembourser sur leurs fonds propres les frais non couverts par l'actif successoral.

Les conditions de récupération :

- pour la personne âgée hébergée en établissement ou en famille d'accueil, le recours est exercé à partir du 1<sup>er</sup> euro, sur la totalité de l'actif net successoral,
- pour la personne handicapée en établissement ou en famille d'accueil, le recours est exercé à partir du 1<sup>er</sup> euro, sur la totalité de l'actif net successoral. Il n'y a pas de récupération sur le légataire ou le donataire, ni lorsque les héritiers sont : le conjoint, les enfants, les parents, ou la tierce personne,
- pour les services à domicile (services ménagers et frais de repas), le recours est exercé au-delà de 760 € de prestations versées et sur l'actif net successoral supérieur à 46 000 €.

**B - RECOURS CONTRE DONATION DE BIENS MOBILIERS ET/OU IMMOBILIERS**

Le Département dispose d'un droit de recours contre le donataire lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'Aide Sociale ou dans les 10 ans qui l'ont précédée (*ne concerne pas l'hébergement des personnes handicapées*).

**C - RECOURS CONTRE BENEFICIAIRES REVENUS A MEILLEURE FORTUNE**

Des recours peuvent être exercés contre les bénéficiaires dont la situation vient à s'améliorer. Le reversement des prestations versées est exigible (*ne concerne pas les personnes handicapées*).



### 3° - HYPOTHEQUE LEGALE SUR LES BIENS IMMOBILIERS

La récupération des frais d'Aide Sociale engagés par le Département est garantie par l'inscription d'une hypothèque sur les biens immobiliers des bénéficiaires (Art. L 132-9 du Code de l'Action Sociale et des Familles). **La prise d'hypothèque concerne uniquement l'Aide Sociale à l'Hébergement.** Elle ne dépossède pas l'intéressé de ses biens, ni son conjoint, qui en gardent la propriété et la jouissance.

### 4° - OBLIGATION ALIMENTAIRE

(uniquement pour l'aide sociale pour les frais d'hébergement et/ou la participation au tarif dépendance)

**L'obligation alimentaire concerne uniquement l'Aide Sociale à l'Hébergement des personnes non reconnues handicapées.** Toute demande d'Aide Sociale concernant l'hébergement des personnes âgées (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, Unités de Soins de Longue Durée) conduit les services du Département à procéder à une enquête auprès des membres de leur famille tenus à l'obligation alimentaire (enfants) et au devoir de secours (conjoint), afin de déterminer le montant de leur participation aux frais d'hébergement, en fonction de leurs ressources (Art. 205 et suivants et Art. 212 du Code Civil).

### 5° - FRAUDES OU FAUSSES DECLARATIONS

Toute fraude ou fausse déclaration entraînerait des poursuites pénales et le recouvrement des prestations indûment perçues (Art. L 135-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

Je soussigné(e), ....., déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus indiquées, et m'engage à signaler immédiatement tous changements intervenus dans ma situation financière.

A ....., le ..... / ..... / .....

Signature du demandeur  
(ou du représentant légal)



**Exemplaire à conserver par le demandeur de l'aide sociale ou son représentant**

Formulaire **à retourner signé avec le dossier de demande d'aide sociale**

**Nom et Prénom** du demandeur de l'aide sociale : .....

**Date de naissance** : .....

### 1° - PARTICIPATION DU BENEFICIAIRE A SES FRAIS D'HEBERGEMENT

L'Aide Sociale est versée en complément des ressources de la personne hébergée qui participe à ses frais de séjour tout en conservant un minimum de ressources variable selon sa situation et défini selon les textes suivants : articles L 132-1 et L 132-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles et les articles 344-5 et 345-1 de la loi du 11 février 2005 modifiée par décret du 19 février 2009.

### 2° - RECUPERATION DE L'AIDE SOCIALE

En application de l'article L 132-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles, l'Aide Sociale est une avance récupérable dans les cas suivants :

#### A - RECOURS CONTRE SUCCESSION

Des recours contre la succession des bénéficiaires de l'Aide Sociale sont exercés dans la limite de l'actif net successoral pour permettre la récupération de tout ou partie des prestations allouées. Cette récupération n'intervient que sur l'actif net successoral. Les héritiers ne sont pas appelés à rembourser sur leurs fonds propres les frais non couverts par l'actif successoral.

Les conditions de récupération :

- pour la personne âgée hébergée en établissement ou en famille d'accueil, le recours est exercé à partir du 1<sup>er</sup> euro, sur la totalité de l'actif net successoral,
- pour la personne handicapée en établissement ou en famille d'accueil, le recours est exercé à partir du 1<sup>er</sup> euro, sur la totalité de l'actif net successoral. Il n'y a pas de récupération sur le légataire ou le donataire, ni lorsque les héritiers sont : le conjoint, les enfants, les parents, ou la tierce personne,
- pour les services à domicile (services ménagers et frais de repas), le recours est exercé au-delà de 760 € de prestations versées et sur l'actif net successoral supérieur à 46 000 €.

#### B - RECOURS CONTRE DONATION DE BIENS MOBILIERS ET/OU IMMOBILIERS

Le Département dispose d'un droit de recours contre le donataire lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'Aide Sociale ou dans les 10 ans qui l'ont précédée (*ne concerne pas l'hébergement des personnes handicapées*).

#### C - RECOURS CONTRE BENEFICIAIRES REVENUS A MEILLEURE FORTUNE

Des recours peuvent être exercés contre les bénéficiaires dont la situation vient à s'améliorer. Le reversement des prestations versées est exigible (*ne concerne pas les personnes handicapées*).



### 3° - HYPOTHEQUE LEGALE SUR LES BIENS IMMOBILIERS

La récupération des frais d'Aide Sociale engagés par le Département est garantie par l'inscription d'une hypothèque sur les biens immobiliers des bénéficiaires (Art. L 132-9 du Code de l'Action Sociale et des Familles). **La prise d'hypothèque concerne uniquement l'Aide Sociale à l'Hébergement.** Elle ne dépossède pas l'intéressé de ses biens, ni son conjoint, qui en gardent la propriété et la jouissance.

### 4° - OBLIGATION ALIMENTAIRE

(uniquement pour l'aide sociale pour les frais d'hébergement et/ou la participation au tarif dépendance)

**L'obligation alimentaire concerne uniquement l'Aide Sociale à l'Hébergement des personnes non reconnues handicapées.** Toute demande d'Aide Sociale concernant l'hébergement des personnes âgées (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, Unités de Soins de Longue Durée) conduit les services du Département à procéder à une enquête auprès des membres de leur famille tenus à l'obligation alimentaire (enfants) et au devoir de secours (conjoint), afin de déterminer le montant de leur participation aux frais d'hébergement, en fonction de leurs ressources (Art. 205 et suivants et Art. 212 du Code Civil).

### 5° - FRAUDES OU FAUSSES DECLARATIONS

Toute fraude ou fausse déclaration entraînerait des poursuites pénales et le recouvrement des prestations indûment perçues (Art. L 135-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

Je soussigné(e), ....., déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus indiquées, et m'engage à signaler immédiatement tous changements intervenus dans ma situation financière.

A ....., le ..... / ..... / .....      Signature du demandeur  
(ou du représentant légal)

↳ **Exemplaire à retourner avec le dossier d'aide sociale à l'adresse suivante :**

DEPARTEMENT DE LA MOSELLE  
DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ  
DIRECTION DE LA POLITIQUE DE L'AUTONOMIE

Hôtel du Département  
C.S 11096  
57036 METZ CEDEX 1

Accueil physique : 28-30 avenue André Malraux – 57000 METZ

[www.mosellesenior.fr](http://www.mosellesenior.fr)





Le Département

# FRAIS D'HEBERGEMENT

(art 231-4 et 231-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

## IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

NOM : ..... Prénom : .....

Sexe : Féminin  ..... Masculin 

Date de naissance : |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_|

## IDENTIFICATION DU TYPE D'HEBERGEMENT

Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)	<input type="checkbox"/>	Unité Alzheimer	<input type="checkbox"/>
Unité de Soins de Longue Durée	<input type="checkbox"/>	Etablissement Public départemental de Santé de Gorze	<input type="checkbox"/>
Foyer d'Accueil Médicalisé	<input type="checkbox"/>	Foyer d'Accueil Spécialisé	<input type="checkbox"/>
Foyer d'Hébergement de travailleurs en ESAT	<input type="checkbox"/>	Foyer d'Accueil Polyvalent	<input type="checkbox"/>
Famille d'accueil agréée	<input type="checkbox"/>	Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>

Nom de l'établissement ou de la famille d'accueil : .....

Adresse complète : .....

Numéro de téléphone : .....

Adresse de messagerie : .....

## ADMISSION EN ETABLISSEMENT OU EN FAMILLE D'ACCUEIL

 1<sup>ère</sup> demande Renouvellement

à compter du : |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_|

Date d'entrée en établissement : |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_|  
ou en famille d'accueilDate de début de prise en charge  
par l'aide sociale souhaitée : |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_|

Avez-vous sollicité une aide au logement pour votre admission en établissement ?	<input type="checkbox"/> oui (joindre une copie du justificatif de la CAF)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> demande en cours (joindre le justificatif)
Etes-vous titulaire de la carte d'invalidité ?	<input type="checkbox"/> oui depuis quelle date : (joindre une copie)	<input type="checkbox"/> non	
<b>Pour les personnes de plus de 60 ans :</b> Avez-vous déjà été orienté(e) et/ ou hébergé(e) en structure d'accueil pour personnes handicapées ?	<input type="checkbox"/> oui (joindre un justificatif)	<input type="checkbox"/> non	

Liste des documents à fournir au verso



**PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER**

- Dossier d'aide sociale rempli et signé
- Formulaire sur les conséquences de l'admission à l'aide sociale signé

- Attestation d'admission en établissement comportant le nom du bénéficiaire et la date d'entrée (à demander à l'établissement).



**Pour les établissements d'accueil pour personnes âgées, l'attestation devra indiquer précisément le type de chambre occupée ainsi que le tarif hébergement correspondant.**

- Photocopies :
  - du livret de famille
  - de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté Européenne ou de la carte de résidence ou du titre de séjour pour les personnes de nationalité étrangère
- Justificatifs des ressources
- Copie complète du dernier avis d'imposition
- Photocopies des 3 derniers relevés de tous les comptes bancaires ou postaux (comptes courants, livrets, LDD,...)
- Justificatifs des contrats d'assurances-vie
- Notification de versement de l'Allocation Personnalisée au Logement (APL) ou de l'Allocation à Caractère Social (ALS)
- Justificatifs de tous les biens immobiliers (matrices cadastrales, taxe foncière, ...)
- Justificatifs des actes notariés (ventes, donations)
- Copie de la notification MDPH qui précise l'orientation (FAM, FAS, ESAT,...) pour les personnes reconnues handicapées
- Copie de la carte d'invalidité
- Copie du jugement de tutelle

*Le présent formulaire complète le dossier d'aide sociale qui doit être retourné, accompagné des pièces justificatives à l'adresse suivante :*

DEPARTEMENT DE LA MOSELLE  
DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ  
DIRECTION DE LA POLITIQUE DE L'AUTONOMIE

**Hôtel du Département  
C.S 11096  
57036 METZ CEDEX 1**

Accueil physique : 28-30 avenue André Malraux – 57000 METZ

[www.mosellesenior.fr](http://www.mosellesenior.fr)

# FRAIS DE REPAS ET/OU GOUTERS

(art. L 231-1 et L 241-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

pour une personne de moins de 60 ans

pour une personne de plus de 60 ans

## LE DEMANDEUR

**NOM** (du demandeur) : ..... Date de naissance : .....

**PRENOM** : .....

**ADRESSE** : .....

➤ **Pour les personnes de moins de 60 ans :**  
**Etes-vous titulaire de la carte d'invalidité ?**

oui (joindre une copie)

non

## LE PRESTATAIRE DE SERVICE

(le service doit être habilité à l'aide sociale)

**Nom** : .....

**Adresse** : .....  
.....

S'agit-il :

d'une 1<sup>ère</sup> demande

d'un renouvellement à compter du : .....

S'agit-il d'une demande pour :

les frais de repas

les frais de goûters

les frais de repas et de goûters

### PIECES A JOINDRE

Dossier d'aide sociale rempli et signé

### POUR CETTE DEMANDE :

Formulaire sur les conséquences de l'admission à l'aide sociale signé

Justificatifs des ressources

Copie complète du dernier avis d'imposition

Copie de la carte d'invalidité (pour les personnes de moins de 60 ans)

Copie des relevés des 3 derniers mois de tous les comptes bancaires

*Le présent formulaire complète le dossier d'aide sociale qui doit être retourné, accompagné des pièces justificatives à l'adresse suivante :*

DEPARTEMENT DE LA MOSELLE  
DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ  
DIRECTION DE LA POLITIQUE DE L'AUTONOMIE

Hôtel du Département  
C.S 11096  
57036 METZ CEDEX 1

Accueil physique : 28-30 avenue André Malraux – 57000 METZ

www.mosellesenior.fr

# DEMANDE D'AIDE MENAGERE A DOMICILE

(art. L 231-1 et L 241-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

pour une personne de moins de 60 ans

pour une personne de plus de 60 ans

## LE DEMANDEUR

**NOM** (du demandeur) : ..... Date de naissance : .....

**Prénom** : .....

**Adresse** : .....

**Etes-vous titulaire de la carte d'invalidité ?**  non  oui *joindre une copie*

**D'autres personnes vivent au foyer ?**  non  oui dans ce cas, préciser :  
l'âge : .....  
le lien avec de demandeur (*ex : conjoint, concubin, pacs, enfant, père, mère, frère, sœur...*) : .....

## LE SERVICE DE L'AIDE A DOMICILE

(le service doit être habilité à l'aide sociale)

**NOM du Service** : .....

AMAPA

FAMILLES RURALES

AAPABHL

S'agit-il :  d'une 1<sup>ère</sup> demande

d'un renouvellement  
à compter du |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_|

d'un changement de prestataire

d'une augmentation d'heures  
à compter du |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_|

Cachet du  
Service d'aide à domicile

Le : |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_|

Nom et Prénom du représentant  
du Prestataire de service :

Je soussigné(e) certifie avoir vérifié à l'aide des pièces justificatives que le demandeur m'a présentées, la conformité des renseignements fournis sur son état civil et celui de son conjoint

.....

Signature :

- POUR CETTE DEMANDE :**
- Formulaire sur les conséquences de l'admission à l'aide sociale signé
  - Justificatifs des ressources
  - Copie complète du dernier avis d'imposition
  - Copie des relevés des 3 derniers mois de tous les comptes bancaires
  - Copie de la carte d'invalidité (le cas échéant)

*Le présent formulaire complète le dossier d'aide sociale qui doit être retourné, accompagné des pièces justificatives à l'adresse suivante :*

DEPARTEMENT DE LA MOSELLE  
DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ  
DIRECTION DE LA POLITIQUE DE L'AUTONOMIE

Hôtel du Département  
C.S 11096  
57036 METZ CEDEX 1

Accueil physique : 28-30 avenue André Malraux – 57000 METZ

www.mosellesenior.fr