

TOUT DOSSIER NON SIGNÉ
NE POURRA FAIRE L'OBJET D'UNE ÉTUDE (voir fin de dossier)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

	DEMANDEUR	☒ Conjoint ☐ Concubin ☐ Pacsé
Nom - Prénom	AOUZAL BRAHIM	AOUZAL R'KIA
Nom de naissance		LACHIGUER
Date et lieu de naissance	XX/XX/40 DOUAR DOUANA MAROC	XX/XX/40 DOUAR DOUANA MAROC
N° de sécurité sociale (organisme)	CPAM 1.40.57.99.35054228	240209938060374 CPAM
Nationalité	☐ Français ☐ Ressortissant Union européenne ☒ Ressortissant hors Union européenne	☐ Français ☐ Ressortissant Union européenne ☒ Ressortissant hors Union européenne
Date d'arrivée en France (pour les étrangers)	1971	1972
Situation de famille (célibataire, marié, divorcé, veuf, concubin, pacsé)	Marie	
Caisse de retraite principale	CARSAT	Carsat

Mentionnez si vous faites l'objet d'une mesure de protection :

- ☐ sauvegarde de justice ☐ tutelle ☐ curatelle simple ☐ curatelle renforcée
☐ autre (précisez : MAJ, habilitation familiale :)

Nom et adresse de l'organisme, de la personne chargée de la gestion des biens :

Tél.

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

Adresse : 57 Rue des Chênes - 3 Impasse Lament
42210 CRAINTILLEUX Tél. : 06 70 50 49 89

- Précisez s'il s'agit : ☒ du domicile ☐ de l'établissement d'hébergement (date d'entrée :)
☐ de l'accueil familial par un particulier à domicile à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989 (date de début de l'accueil :)
☐ autre (ex : chez un enfant, un parent)

Adresse précédente du demandeur :

- Si vous êtes en établissement > Indiquez l'adresse du domicile avant la première entrée en établissement
 - Si vous êtes à domicile, en cas de déménagement depuis moins de 3 mois > Indiquez l'adresse précédente

ADRESSE DU CONJOINT, CONCUBIN, PACSÉ (si différente de celle actuelle du demandeur)

Adresse :

DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

Si vous souhaitez demander la carte mobilité inclusion (CMI), vous devez dans ce cas fournir obligatoirement un certificat médical avec votre demande.

Votre demande porte sur quelle(s) mention(s) ?

Invalidité ou priorité ☒ oui ☐ non

Stationnement ☒ oui ☐ non

- Si l'APA vous est accordée au titre du GIR 1 ou 2, vous bénéficierez, sans autre condition et à titre définitif, de la CMI mention « invalidité » et « stationnement ».
- Si votre niveau de perte d'autonomie est moindre (GIR 3, 4, 5 ou 6), votre demande sera étudiée par l'équipe médico-sociale, avec avis de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour une demande de CMI mention « invalidité ».

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PRESTATIONS PERCUES

Percevez-vous :

- | | | |
|--|------------------------------|---|
| • La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ? | ☐ oui | ☒ non |
| • La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) ? | ☐ oui | ☒ non |
| • L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ? | ☐ oui | ☒ non |
| • La prestation de compensation du handicap (PCH) ? | ☐ oui | ☒ non |
| • L'aide ménagère versée par les caisses de retraite (PAP) ? | ☐ oui | ☒ non |
| • L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale ? | ☐ oui | ☒ non |

Attention : aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE

Habitation principale

☒ Propriétaire

 Hébergé à titre gratuit

☐ Locataire

☐ Bailleur privé☐ Bailleur public

Patrimoine du foyer (à renseigner pour le demandeur, et le cas échéant, votre conjoint, votre concubin ou la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS)

- Possédez-vous des biens immobiliers ? ☒ oui ☐ non

Réidence principale

Si oui, précisez leur nature et leur adresse. Fournir le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties.
Ne pas déclarer la résidence principale, si celle-ci est occupée par vous, votre conjoint, votre concubin ou la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS, vos enfants ou petits-enfants.

[illegible]

Assurance vie (fournir un relevé annuel de chaque contrat souscrit)

2 pages (recto / verso)

- Avez-vous souscrit un ou des contrats d'assurance vie ? ☒ oui ☐ non

Montant des capitaux placés :

Axa Euractiel 7735 + Axa Odysse
3574 + 121 227 *

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

Ce volet du dossier vise à apporter les premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical qui apportent une aide dans votre vie quotidienne. On les dénommera « aidants » dans ce qui suit.

Bien que ce soit facultatif, il est recommandé de remplir le tableau ci-dessous.

NOM	PRÉNOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE	LIEN
ACUZAL	HABIBA	134 Rue Joliet Camille Boite 69160 Tassin la Demi Lune	0670 50 49 89	Fille
ACUZAL	R'kia	57 Rue de Chang 3 Impasse Laurent Crenhilleux 42210		Epouse

Nature de l'aide apportée par vos aidants :

- | | |
|---|--|
| ☒ Surveillance/présence responsable | ☒ Aide à la prise des repas |
| ☒ Aide aux déplacements à l'intérieur du logement | ☒ Coordination des intervenants professionnels |
| ☒ Aide aux déplacements à l'extérieur | ☒ Gestion administrative et financière |
| ☒ Aide pour entretenir le logement et le linge | ☒ Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.) |
| ☒ Aide à la toilette | ☒ Aide à la communication et aux relations sociales |
| ☒ Aide à la préparation des repas | ☒ Aide au suivi médical |
| ☐ Autre, précisez : | |

PERSONNE(S) À JOINDRE POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE (enfants, parents)

Nom / prénom

Adresse / téléphone

ACUZAL HABIBA

134 Rue Joliet Camille
Boite 69160 Tassin la Demi Lune
0670 50 49 89

MÉDECIN TRAITANT

Nom / prénom

Adresse / téléphone

Dr BRUNON MONTAGNE
Maud

Perle de Santé F. Hénin
1 Rue Hélière
42340 Vercœur

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES (facultatif)

* 121 227 : cette somme correspond à un héritage
de mon fils suite à son décès intervenu le 7/11/19.

Je soussigné(e),

Agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant de
reconnais avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous.

M. ACUZAL BRAHIM

■ **FRAUDE** (article 135-1 du code de l'action sociale et des familles)

Sans préjudice des paiements en restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-2, 313-7 et 313-8 du code pénal.

■ **CHANGEMENT DE SITUATION**

Tout changement de situation du bénéficiaire de l'aide sociale devra être signalé aux services du Département (pôle vie sociale). J'autorise la Maison Loire Autonomie à transmettre les éléments du dossier aux caisses de retraite et à la Maison départementale des personnes handicapées de la Loire (MDPH).

Je certifie sur l'honneur :

- l'exactitude des renseignements fournis dans le cadre de cette demande,
- ne pas être titulaire d'une majoration tierce personne 3^e catégorie sécurité sociale (MTP) ou de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne (PC RTP).

Fait à

Grand Ileux

Signature :

Le

16 novembre 2020



DISPOSITIONS CONCERNANT LES DROITS DES CITOYENS DANS LEURS RELATIONS AVEC L'ADMINISTRATION

En application des dispositions du livre III du code des relations entre le public et l'administration, les personnes qui le demandent pourront consulter les documents relatifs à la présente demande les concernant. Les modalités d'accès seront appliquées conformément aux dispositions édictées par la loi.

DISPOSITIONS RELATIVES AU TRAITEMENT AUTOMATISÉ DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

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

Toute personne dispose du droit de décider et de contrôler les usages qui sont faits des données à caractère personnel la concernant.

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, 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 des retards ou une impossibilité d'instruction du dossier.
- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide sociale à domicile ou 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, en justifiant de votre identité, à Monsieur le président du Département à l'adresse ci-dessous :