

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 en SATRA, SAVS, SAMSAH, en accueil de jour (FOA, FAM, IME amendement Creton), en accueil temporaire

- 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 et adresse de l'établissement</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>N° FINESS :</p> <p>Tarification journalière : €/J (cf. arrêté de tarification)</p> <p>Dates</p> <p>Date orientation CDAPH* :</p> <p>Entrée dans l'établissement :</p> <p>Demande de prise en charge :</p>	<p>Personne pour laquelle l'aide est sollicitée</p> <p><input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M^{me}</p> <p>Nom :née</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p> <p>Domicile de secours ou dernière adresse connue (avant l'entrée en établissement)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Type de prise en charge</p> <p><input type="checkbox"/> SATRA</p> <p><input type="checkbox"/> SAVS</p> <p><input type="checkbox"/> SAMSAH</p> <p><input type="checkbox"/> FOA accueil de jour</p> <p><input type="checkbox"/> FAM accueil de jour</p> <p><input type="checkbox"/> IME Creton accueil de jour</p> <p><input type="checkbox"/> accueil temporaire</p> <p>du (date début de séjour) :</p> <p>au (date de fin de séjour) :</p>	<p>Mesure de protection (joindre une copie)</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Coordonnées de la <input type="checkbox"/> tutelle ou <input type="checkbox"/> curatelle :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Je soussigné déclare demander le bénéfice de l'aide sociale aux personnes en situation de handicap</p> <p><input type="checkbox"/> me concernant <input type="checkbox"/> concernant</p> <p><input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M^{me}</p> <p>Demande effectuée le</p> <p>à :</p>
	<div style="width: 45%; text-align: center;"> Signature et cachet de l'établissement </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> Signature du demandeur ou de son représentant légal </div>
Demande reçue à la DPAPH, le	

* Joindre copie de la décision CDAPH (MDPH)