

DEMANDE INDIVIDUELLE D'ALLOCATION DE SOLIDARITÉ AUX PERSONNES ÂGÉES

Articles L.815-1 et L.815-7 du code de la Sécurité sociale

**Cette demande ne s'adresse qu'aux personnes âgées
ne relevant pas du système d'assurance vieillesse français**

COMMENT DÉPOSER VOTRE DEMANDE ?

Vous devez déposer votre demande
à la mairie ou au centre communal d'action sociale
de votre commune de résidence qui la fera parvenir au SASPA.

À LIRE AVANT DE REMPLIR VOTRE DEMANDE

Vous sollicitez l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). C'est une prestation sociale attribuée sous certaines conditions prévues par la réglementation.

VÉRIFIEZ QUE VOUS REMPLISSEZ BIEN LES CONDITIONS AVANT DE COMPLÉTER VOTRE DEMANDE, À SAVOIR :

L'âge :

VOUS DEVEZ AVOIR AU MOINS 65 ANS ; CET ÂGE EST RAMENÉ À 60 ANS SI :

- vous bénéficiez de l'allocation aux adultes handicapés (AAH),
- vous êtes reconnu(e) inapte au travail (taux d'incapacité supérieur ou égal à 50%),
- vous êtes ancien déporté ou interné titulaire de la carte délivrée à ce titre,
- vous êtes ancien prisonnier de guerre.

La résidence :

ELLE DOIT ÊTRE STABLE ET RÉGULIÈRE. VOUS DEVEZ :

- résider sur le territoire français au moins 6 mois (180 jours) par année civile,
- bénéficier d'un droit de séjour si vous êtes de nationalité étrangère.

Les ressources :

VOS RESSOURCES NE DOIVENT PAS DÉPASSER LE PLAFOND FIXÉ PÉRIODIQUEMENT PAR DÉCRET⁽¹⁾.

Les activités :

VOUS NE DEVEZ PAS RELEVER D'UN RÉGIME D'ASSURANCE VIEILLESSE FRANÇAIS AU TITRE DE VOTRE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE OU DE **CELLE DE VOTRE CONJOINT**⁽²⁾.

Ainsi :

DEMANDEZ **EN PRIORITÉ** À BÉNÉFICIER DU MINIMUM VIEILLESSE AUPRÈS DE LA CAISSE QUI VERSE CETTE RETRAITE SI :

- vous bénéficiez d'une retraite (personnelle ou de réversion),
- la retraite de votre conjoint est, ou peut être, assortie de la majoration pour conjoint à charge (MCC).

Si vous estimez remplir **toutes** ces conditions, complétez cette demande individuelle. Si votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire⁽²⁾ remplit également toutes ces conditions, il (elle) doit compléter **une demande à son nom**.

Les pièces demandées dans le dossier sont **indispensables** à l'étude de vos droits. Le SASPA pourra, au vu de votre situation, solliciter des pièces complémentaires.

IMPORTANT : une partie des sommes payées au titre de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est récupérable sur la succession de l'allocataire sur la fraction de l'actif net dépassant 39 000 €. En garantie, le SASPA peut demander l'inscription d'une hypothèque (art. L.815-13 du code de la Sécurité sociale).

Si le demandeur n'accepte pas ce principe réglementaire, il est inutile de déposer un dossier de demande d'ASPA.

(1) À titre indicatif, les plafonds fixés au 1^{er} janvier 2008 s'élèvent à 7 719,52 € pour une personne seule et 13 521,27 € pour un couple.

(2) Par conjoint on entend époux ; par concubin, personne vivant en concubinage ; par partenaire, personne liée par un pacte civil de solidarité.

VOTRE ÉTAT CIVIL

MADAME MADEMOISELLE MONSIEUR

NOM DE NAISSANCE (en majuscule) :

NOM MARITAL (même divorcée) :

PRÉNOMS :

DATE DE NAISSANCE :

À :

DÉPARTEMENT :

PAYS :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :

RÉGULARITÉ DE SÉJOUR

VOTRE NATIONALITÉ :

DATE D'ENTRÉE EN FRANCE :

Si vous êtes français(e) :

*Joindre la copie de la carte d'identité
ou du passeport ou du livret de circulation ou de l'acte de naissance.*

Si vous êtes de nationalité étrangère :

*Joindre la copie du titre de séjour ou le récépissé de dépôt de la demande.
Le titre de séjour avec la mention "visiteur" n'est pas accepté
(art. L.816-1 du code de la Sécurité Sociale).*

Si vous êtes réfugié(e) :

*Joindre la copie du titre de séjour ou du récépissé de dépôt de demande de titre
avec la mention "reconnu réfugié" ou de la décision de l'OFPRA.*

VOTRE SITUATION DE FAMILLE

Vous êtes actuellement :

- CÉLIBATAIRE MARIÉ(E) CONCUBIN(E) PARTENAIRE (PACS) VEUF(VE) DIVORCÉ(E)
 SÉPARÉ(E) DE FAIT ⁽¹⁾: hospitalisation du conjoint / volonté délibérée / géographiquement
 SÉPARÉ(E) DE CORPS PAR JUGEMENT

Si vous êtes divorcé(e) ou séparé(e) de corps, joindre la copie du jugement complet.

PREMIER CONJOINT	DEUXIÈME CONJOINT
Date de mariage, concubinage, pacs : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de mariage, concubinage, pacs : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de divorce, de séparation ou de rupture de pacs : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de divorce, de séparation ou de rupture de pacs : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de décès : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de décès : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Combien d'enfants, né(s) en 1972 ou après, avez-vous élevé(s) :

DONT ENFANT(S) HANDICAPÉ(S).

AVEZ-VOUS PERÇU DES PRESTATIONS FAMILIALES EN FRANCE ? : OUI NON

SI OUI, PRÉCISEZ DE QUEL DÉPARTEMENT :

Joindre la copie du livret de famille.

LOGEMENT

Adresse :

.....

.....

CODE POSTAL : COMMUNE :

TÉLÉPHONE :

À cette adresse, vous êtes :

- PROPRIÉTAIRE (MÊME EN INDIVISION OU PROPRIÉTAIRE DE CARAVANE)
 LOCATAIRE (JOINDRE LA COPIE DE LA DERNIÈRE QUITTANCE DE LOYER)
 HÉBERGÉ(E) CHEZ UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE OU UN TIERS
 LOGÉ(E) GRATUITEMENT (SEUL(E) DANS UN APPARTEMENT, UNE MAISON...)
 HÉBERGÉ(E) EN HÔPITAL / MAISON DE RETRAITE

(1) Rayer les mentions inutiles.

HÉBERGEMENT CHEZ UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE OU UN TIERS

Attestation à compléter par la personne qui vous héberge :

Je soussigné(e), hébergeant M

MEMBRE DE MA FAMILLE,

AUTRE,

m'engage à déclarer tout changement de situation de ce dernier, portant notamment sur sa **résidence effective en France**, sa situation civile (décès, tutelle, nationalité...). **Toute modification des ressources doit être signalée.**

À :

Le : | | | | | | | | | |

Signature

HÉBERGEMENT DANS UN ÉTABLISSEMENT

Le demandeur est-il hébergé au titre de l'aide sociale :

OUI NON DEMANDE EN COURS

Si oui, joindre la copie de l'admission de l'aide sociale.

SON HÉBERGEMENT RELÈVE DE LA LOI DE 1970
(unités, sections ou centres de longs séjours, hospices)

Signature du directeur
de l'établissement :

Cachet de l'établissement d'accueil

PAIEMENT

Mode de paiement choisi :

SUR VOTRE COMPTE PERSONNEL OU COMPTE JOINT (votre nom doit figurer sur le R.I.B. ou le R.I.P.)

SUR LE COMPTE DU REPRÉSENTANT LÉGAL (tuteur, curateur)

SUR LE COMPTE DU COMPTABLE DE L'ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT
(joindre une autorisation de paiement si nécessaire)

Joindre un relevé d'identité bancaire (R.I.B.), sans mentions manuscrites.

LES MAJEURS PROTÉGÉS

NOM DU REPRÉSENTANT LÉGAL :

ADRESSE DU REPRÉSENTANT LÉGAL :

CODE POSTAL : | | | | | | | COMMUNE :

TÉLÉPHONE : | | | | | | | | | | | | | | | |

Vous êtes :

UN CABINET DE TUTELLES OU UNE ASSOCIATION UN PARTICULIER UN PRÉPOSÉ D'HÔPITAL

Joindre la copie intégrale du jugement de tutelle.

VOUS ÊTES ÂGÉ(E) DE MOINS DE 65 ANS

Êtes-vous :

INAPTE AU TRAVAIL : OUI NON

Joindre le rapport médical d'inaptitude au travail (Imprimé spécifique F0745) sauf si vous êtes bénéficiaire de l'A.A.H.

ANCIEN DÉPORTÉ OU INTERNÉ : OUI NON

Joindre la carte délivrée à ce titre.

ANCIEN PRISONNIER DE GUERRE : OUI NON

VOS ALLOCATIONS ÉVENTUELLES

Les allocations perçues ou demandées par vous-même :

L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS (AAH) : OUI NON

- si oui, depuis quelle date : | | | | | | | | | |

- éventuellement, date de la suppression : | | | | | | | | | |

- motif de la suppression :

- n° d'allocataire (CAF, MSA, ENIM) :

- organisme serveur : ville :

Joindre avis CDAPH / COTOREP.

REVENU MINIMUM D'INSERTION (RMI) : OUI NON N° D'ALLOCATAIRE :

REVENU DE SOLIDARITÉ (RSO) POUR LES DOM : OUI NON N° D'ALLOCATAIRE :

Les allocations perçues par le conjoint, le concubin ou le partenaire ⁽¹⁾ :

L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS : OUI NON MONTANT : €

LE REVENU MINIMUM D'INSERTION (RMI) : OUI NON MONTANT : €

LE REVENU DE SOLIDARITÉ (RSO) : OUI NON MONTANT : €

(1) Partenaire : personne liée par un pacte civil de solidarité.

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER

Joindre un relevé de carrière (compte individuel). À demander à la caisse régionale d'assurance maladie ou à la caisse générale de Sécurité sociale pour les DOM.

Indiquez votre ou vos catégorie(s) professionnelle(s) :

- SALARIÉ(E) SALARIÉ(E) AGRICOLE COMMERÇANT(E)*
 ARTISAN** FONCTIONNAIRE EXPLOITANT(E) AGRICOLE
 MILITAIRE AUTRE (PRÉCISEZ) :

* **COMMERÇANT** : Joindre obligatoirement un extrait d'inscription au registre du commerce de votre lieu d'activité portant la date de radiation.

** **ARTISAN** : Joindre un extrait d'inscription à la chambre des métiers de votre lieu d'activité mentionnant la date de radiation.

Indiquez toutes les activités professionnelles que vous avez exercées :

NATURE DES ACTIVITÉS	PÉRIODE D'EXERCICE	LIEU D'EXERCICE, DÉPARTEMENT OU PAYS
.....	Du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | |	.....
.....	Du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | |	.....
.....	Du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | |	.....
.....	Du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | |	.....
.....	Du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | |	.....
.....	Du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | |	.....

En l'absence d'activité professionnelle, précisez vos moyens d'existence :

.....

.....

.....

.....

Avez-vous déposé une demande de retraite ou une demande de rachat de cotisations :

- OUI NON DEMANDE EN COURS

AUPRÈS DE QUEL ORGANISME	DATE DE DÉPÔT	DÉCISION DE L'ORGANISME
.....		<input type="checkbox"/> Attribution <input type="checkbox"/> Rejet <input type="checkbox"/> En cours
.....		<input type="checkbox"/> Attribution <input type="checkbox"/> Rejet <input type="checkbox"/> En cours
.....		<input type="checkbox"/> Attribution <input type="checkbox"/> Rejet <input type="checkbox"/> En cours

Joindre la copie du récépissé de dépôt de la demande ou de la décision notifiée par la caisse de retraite.

ÉTAT CIVIL DU PREMIER CONJOINT OU EX-CONJOINT, MÊME DÉCÉDÉ

NOM DE NAISSANCE (en majuscule) :

PRÉNOMS :

NÉ(E) LE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| À :

DÉCÉDÉ(E) LE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| À :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NATIONALITÉ :

ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE LA VOTRE) :

.....

Est-il bénéficiaire de l'allocation spéciale vieillesse (ASV) ou de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) servie par la Caisse des Dépôts :

OUI NON DEMANDE EN COURS

SI OUI, INDIQUEZ SON NUMÉRO D'ALLOCATAIRE :

ACTIVITÉ(S) PROFESSIONNELLE(S) EXERCÉE(S) EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER

Joindre un relevé de carrière (compte individuel). À demander à la caisse régionale d'assurance maladie ou à la caisse générale de Sécurité sociale pour les DOM.

Indiquez la (ou les) catégorie(s) professionnelle(s) de votre premier conjoint ou ex-conjoint :

SALARIÉ(E) SALARIÉ(E) AGRICOLE COMMERÇANT(E)
 ARTISAN FONCTIONNAIRE EXPLOITANT(E) AGRICOLE
 MILITAIRE AUTRE (PRÉCISEZ) :

Précisez ses activités professionnelles depuis l'âge de 20 ans ou ses moyens d'existence :

NATURE DES ACTIVITÉS	PÉRIODE D'EXERCICE	LIEU D'EXERCICE, DÉPARTEMENT OU PAYS
.....	Du |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	.....
.....	Du |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	.....
.....	Du |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	.....

A-t-il déposé une demande de retraite ou une demande de rachat de cotisations ?

OUI NON DEMANDE EN COURS

DATE DE DÉPÔT DE LA DEMANDE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM DE L'ORGANISME :

Joindre la copie du récépissé de dépôt de la demande ou de la décision notifiée par la caisse de retraite.

ÉTAT CIVIL DE VOTRE CONCUBIN(E) OU PARTENAIRE ⁽¹⁾, MÊME DÉCÉDÉ(E)

NOM DE NAISSANCE (en majuscule) :

PRÉNOMS :

NÉ(E) LE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| À :

DÉCÉDÉ(E) LE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| À :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NATIONALITÉ :

ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE LA VOTRE) :

.....

Est-il bénéficiaire de l'allocation spéciale vieillesse (ASV) ou de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) servie par la Caisse des Dépôts :

OUI NON DEMANDE EN COURS

SI OUI, INDIQUEZ SON NUMÉRO D'ALLOCATAIRE :

ACTIVITÉ(S) PROFESSIONNELLE(S) EXERCÉE(S) EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER

Joindre un relevé de carrière (compte individuel). À demander à la caisse régionale d'assurance maladie ou à la caisse générale de Sécurité sociale pour les DOM.

Indiquez la (ou les) catégorie(s) professionnelle(s) de votre concubin(e) ou votre partenaire ⁽¹⁾ :

SALARIÉ(E) SALARIÉ(E) AGRICOLE COMMERÇANT(E)
 ARTISAN FONCTIONNAIRE EXPLOITANT(E) AGRICOLE
 MILITAIRE AUTRE (PRÉCISEZ) :

Précisez ses activités professionnelles depuis l'âge de 20 ans ou ses moyens d'existence :

NATURE DES ACTIVITÉS	PÉRIODE D'EXERCICE	LIEU D'EXERCICE, DÉPARTEMENT OU PAYS
.....	Du |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	.....
.....	Du |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	.....
.....	Du |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	.....

A-t-il déposé une demande de retraite ou une demande de rachat de cotisations ?

OUI NON DEMANDE EN COURS

DATE DE DÉPÔT DE LA DEMANDE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM DE L'ORGANISME :

Joindre la copie du récépissé de dépôt de la demande ou de la décision notifiée par la caisse de retraite.

(1) Partenaire : personne liée par un pacte civil de solidarité.

VOS RESSOURCES IMPOSABLES OU NON (D'ORIGINE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE) DANS LES TROIS MOIS PRÉCÉDANT LA DEMANDE

NATURE	VOUS	VOTRE CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PARTENAIRE ⁽¹⁾	MONTANT EN EUROS OU DEVICES <small>(Précisez par mois, par trimestre ou par an)</small>
Avantages de vieillesse : pension, retraite, allocation vieillesse, réversion, y compris les pensions étrangères	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> TRIMESTRE <input type="checkbox"/> AN MONTANT : €
Retraites complémentaires	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> TRIMESTRE <input type="checkbox"/> AN MONTANT : €
Rente d'accident du travail	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> TRIMESTRE <input type="checkbox"/> AN MONTANT : €
Pension d'orphelin : <input type="checkbox"/> de mère <input type="checkbox"/> de père	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> TRIMESTRE <input type="checkbox"/> AN MONTANT : €
Pension militaire d'invalidité	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> TRIMESTRE <input type="checkbox"/> AN MONTANT : €
Pension de veuve de guerre	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> TRIMESTRE <input type="checkbox"/> AN MONTANT : €
Salaires bruts	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> TRIMESTRE <input type="checkbox"/> AN MONTANT : €
Allocations chômage	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> TRIMESTRE <input type="checkbox"/> AN MONTANT : €
Indemnités journalières de sécurité sociale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> TRIMESTRE <input type="checkbox"/> AN MONTANT : €
Pension alimentaire fixée par décision de justice	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> TRIMESTRE <input type="checkbox"/> AN MONTANT : €
Rente viagère	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> TRIMESTRE <input type="checkbox"/> AN MONTANT : €
Avantage en nature (notifié par acte notarié) : <input type="checkbox"/> nourriture <input type="checkbox"/> logement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> TRIMESTRE <input type="checkbox"/> AN MONTANT : €
Revenus des professions non salariées (commerciales, industrielles, artisanales, libérales ou agricoles)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> TRIMESTRE <input type="checkbox"/> AN MONTANT : €
Autres revenus (à préciser) :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> TRIMESTRE <input type="checkbox"/> AN MONTANT : €

Joindre obligatoirement la copie du dernier avis de paiement des avantages perçus ainsi que du dernier avis d'imposition.

(1) Partenaire : personne liée par un pacte civil de solidarité.

VOS BIENS ET CEUX DE VOTRE CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PARTENAIRE ⁽¹⁾ (EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER)

Les biens mobiliers (pour les comptes joints, cochez les deux bénéficiaires) :

NATURE	VOUS-MÊME	VOTRE CONJOINT(E) ⁽²⁾ , CONCUBIN(E), PARTENAIRE ⁽¹⁾
Compte-chèques	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Livret d'épargne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Livret d'épargne populaire (LEP)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
CODEVI / Livret de développement durable (LDD)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Livret ou compte épargne logement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Épargne assurance-vie, retraite (ex : SUREPARGNE, ASSURDIX)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Plan d'épargne (populaire, retraite, logement)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Obligations, actions	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autres (précisez) : .....	.....	.....

Joindre les copies des derniers relevés des comptes bancaires, postaux ou placements.

Les biens immobiliers en France et à l'étranger (terrains, appartements, maisons, commerces...) que vous soyez occupant ou qu'il fassent l'objet d'une location, etc...

	NATURE	ADRESSE DE CHAQUE BIEN DÉCLARÉ	VALEUR ⁽³⁾ EN EUROS OU EN DEVI- SES À LA DATE DE LA DEMANDE (à compléter obligatoirement)
Personnels
De votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire
Communs au ménage

Les biens dont vous et/ou votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire ⁽¹⁾, avez fait donation ou reçus en donation depuis moins de 10 ans :

NATURE DES BIENS DONNÉES	ADRESSE DE CHAQUE BIEN DÉCLARÉ (s'il s'agit de propriétés)	VALEUR ACTUELLE EN EUROS (de votre part)
..... €
BÉNÉFICIAIRE DE LA DONATION (nom et adresse)	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE DONATEUR	DATE DE L'ACTE DE DONATION
.....

Joindre la copie intégrale de l'acte de donation.

(1) Partenaire : personne liée par un pacte civil de solidarité.

(2) Même si vous êtes séparé(e) de fait.

(3) Si indivision, porter la valeur de votre part.

DOCUMENTS À JOINDRE À VOTRE DEMANDE

Documents à joindre obligatoirement :

- COPIES DES DOCUMENTS ATTESTANT DE LA NATIONALITÉ ET/OU DE LA RÉGULARITÉ DU SÉJOUR (carte d'identité, passeport, titre de séjour...) page **03**
- UN RIB OU RIP page **05**
- UN RELEVÉ DE CARRIÈRE DÉLIVRÉ PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL pages **07, 08, 09 et 10**
- COPIE DE L'AVIS D'IMPOSITION page **11**
- COPIE DES DERNIERS RELEVÉS DES COMPTES BANCAIRES, POSTAUX OU DE PLACEMENTS page **12**

Documents à joindre si vous êtes concerné(e) :

- COPIE, POUR CHAQUE UNION, DU JUGEMENT DE DIVORCE, SÉPARATION, RUPTURE DE PACS page **04**
- COPIE DE L'ADMISSION À L'AIDE SOCIALE (au titre de l'hébergement) page **05**
- AUTORISATION DE PAIEMENT AU COMPTABLE DE L'ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL POUR LES DEMANDEURS HÉBERGÉS QUI NE SONT PAS SOUS TUTELLE ET QUI SOUHAITENT CE TYPE DE PAIEMENT page **05**
- COPIE INTÉGRALE DU JUGEMENT DE TUTELLE page **06**
- RAPPORT MÉDICAL D'INAPTITUDE AU TRAVAIL page **06**
- EXTRAIT D'INSCRIPTION ET DE RADIATION AU REGISTRE DU COMMERCE POUR LES COMMERÇANTS ET/OU À LA CHAMBRE DES MÉTIERS POUR LES ARTISANS page **07**
- COPIE DES DÉCISIONS DE NOTIFICATION DE RETRAITE (y compris ceux des conjoints, concubin ou partenaire) pages **07, 08, 09 et 10**
- COPIE DU DERNIER AVIS DE PAIEMENT D'AVANTAGE PERÇU page **11**
- COPIE DES ACTES DE DONATION page **12**

REMARQUE

Une photocopie non certifiée conforme est admise. Toutefois, l'administration peut exiger la production des pièces originales pour vérification ⁽¹⁾. En cas de fraude ou de falsification de documents, les peines encourues sont celles prévues aux articles L.433-19 et L.441-7 du code pénal, soit 6 mois à 1 an d'emprisonnement et de 7.500 à 15.000 euros d'amende.

(1) Décret 2000-1277 du 26 décembre 2000.

SIGNATURE DU DEMANDEUR

Ce dossier doit impérativement être déposé en mairie ou C.C.A.S.

J'atteste avoir pris connaissance des obligations figurant au dossier et certifie exacts tous les renseignements portés sur la présente demande.

À :

Le :

Si le demandeur ne peut pas signer, indiquez pour quel motif :

.....

.....

Signature du demandeur
ou de son représentant légal

Aucun dossier ne peut être examiné par le service gestionnaire s'il ne comporte pas les pièces nécessaires à son instruction et s'il n'est pas signé par le demandeur.

Article 441-1 et 441-2 du code pénal

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.

SIGNATURE DU MAIRE

Le demandeur m'a déclaré sur l'honneur l'exactitude des renseignements contenus dans cette demande. Il a été avisé par mes soins des sanctions prévues en cas de fausses déclarations ou de fraudes.

J'ajoute que j'ai vérifié la conformité des renseignements fournis sur son état civil et celui de son conjoint, concubin ou partenaire en application de l'article R 815-15 du code de la Sécurité sociale.

J'atteste que la présente demande a été déposée à la mairie le et que le récépissé détachable ci-contre a été remis à l'intéressé(e).

À :

Le :

Signature du maire :

Cachet de la mairie :

Tout dossier ne comportant pas la signature du maire, ni le cachet de la mairie, sera retourné.



SERVICE DE L'ALLOCATION DE SOLIDARITÉ AUX PERSONNES ÂGÉES

Rue du Vergne - 33059 Bordeaux Cedex

Téléphone : 05 56 11 33 99 - Fax : 05 56 11 33 01

courriel : saspa@caissedesdepots.fr



Rue du Vergne - 33059 Bordeaux Cedex
Téléphone : 05 56 11 33 99 - www.cdc.retraites.fr

F. 0717-08-27



Le demandeur
doit impérativement
CONSERVER
ce récépissé.

saspa

SERVICE DE L'ALLOCATION DE SOLIDARITÉ
AUX PERSONNES ÂGÉES

Rue du Vergne - 33059 Bordeaux Cedex
Téléphone : 05 56 11 33 99 - Fax : 05 56 11 33 01

courriel : saspa@caissedesdepots.fr

**Récapissé de dépôt
à remettre
au demandeur
(par la mairie ou le C.C.A.S.)**



IMPORTANT :

pour les demandeurs titulaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) et du revenu minimum d'insertion (RMI), une copie de ce récapissé devra être adressée à la CAF pour justifier du dépôt de la demande et ainsi maintenir le paiement de votre allocation.

M. ou MME :

PRÉNOM :

NOM DE NAISSANCE :

DATE DE NAISSANCE :

DEMEURANT :

..... CODE POSTAL :

COMMUNE :

a déposé ce jour à la mairie de :

une demande d'allocation de solidarité aux personnes âgées.

À :

Le :

Le maire (signature) :

Cachet de la mairie