

DEMANDE INDIVIDUELLE D'ALLOCATION DE SOLIDARITÉ AUX PERSONNES ÂGÉES

Articles L.815-1 et suivants 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.

*

Date de naissance	Âge de bénéfice de l'ASPA	Age de bénéfice de l'ASPA pour les personnes inaptes au travail, anciens déportés...
Avant le 1er juillet 1951	65 ans	60 ans
Du 1er juillet au 31 décembre 1951		60 ans 4 mois
1952		60 ans 9 mois
1953		61 ans 2 mois
1954		61 ans 7 mois
A partir du 1er janvier 1955		62 ans

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 (être titulaire d'un titre de séjour autorisant à travailler depuis au moins 10 ans).

Les ressources :

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

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**⁽¹⁾.

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).

Si vous avez eu un ou plusieurs enfants et si vous avez déclaré un salaire quel que soit son montant, que vous ayez ou non des trimestres pris en compte par le régime général, vous pouvez obtenir un avantage auprès de la CNAV ou de la MSA au titre de la maternité (MDA : majoration de durée d'assurance maternité).

Si vous estimez remplir **toutes** ces conditions, complétez cette demande individuelle. Si votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire ⁽¹⁾ 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 (article 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) 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 MONSIEUR

NOM DE NAISSANCE (en majuscule) :

NOM D'USAGE :

PRÉNOMS :

DATE DE NAISSANCE :

À :

DÉPARTEMENT :

PAYS :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :

ADRESSE MAIL :

Joindre la copie de l'attestation de la sécurité sociale.

RÉGULARITÉ DU 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 ressortissant de l'Union Européenne (UE), de l'Espace
Économique Européen (EEE) ou de la confédération suisse :**

*Joindre tout justificatif attestant de votre présence en France
(exemple : avis d'imposition, loyer, facture d'eau,...),
le cas échéant, l'attestation de couverture maladie universelle (CMU),
du revenu de solidarité active (RSA), de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)
ou de l'aide pour une complémentaire santé (ACS).*

Si vous êtes de nationalité étrangère (hors UE, EEE ou confédération suisse) :

Joindre la copie du titre de séjour.

**Si vous êtes réfugié(e), bénéficiaire de la protection subsidiaire,
apatride, ancien combattant :**

*Joindre la copie du titre de séjour avec la mention
du statut 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de mariage, concubinage, PACS : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de décès : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de décès : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 :

Vos enfants :

NOM :	NOM :
PRÉNOM :	PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
NOM :	NOM :
PRÉNOM :	PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
NOM :	NOM :
PRÉNOM :	PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Joindre la copie du livret de famille.

LOGEMENT

Adresse :

CODE POSTAL : COMMUNE :

TÉLÉPHONE : PORTABLE :

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 BIC-IBAN)
 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 BIC-IBAN, 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'AAH.

ANCIEN DÉPORTÉ OU INTERNÉ : OUI NON

Joindre la carte délivrée à ce titre.

ANCIEN PRISONNIER DE GUERRE OU ANCIEN COMBATTANT : OUI NON

Joindre la carte délivrée à ce titre.

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 l'avis de la CDAPH / COTOREP.

REVENU DE SOLIDARITÉ ACTIVE (RSA) : 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 : €

REVENU DE SOLIDARITÉ ACTIVE (RSA) : OUI NON MONTANT : €

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

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

VOS ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER

Joindre un relevé de carrière (compte individuel). À demander à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail 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

Après de quel organisme ?

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 VÔTRE) :

.....

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 d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail 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 ou ses moyens d'existence :

NATURE DES ACTIVITÉS	PÉRIODE D'EXERCICE	LIEU D'EXERCICE, DÉPARTEMENT OU PAYS																				
.....	Du <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> au <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
.....	Du <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> au <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
.....	Du <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> au <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				

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 DU DEUXIÈME 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 VÔTRE) :

.....

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 d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail ou à la Caisse générale de sécurité sociale pour les DOM.

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

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

Précisez ses activités professionnelles 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 VÔTRE) :

.....

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 d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail 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⁾ :

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> SALARIÉ(E) | <input type="checkbox"/> SALARIÉ(E) AGRICOLE | <input type="checkbox"/> COMMERÇANT(E) |
| <input type="checkbox"/> ARTISAN | <input type="checkbox"/> FONCTIONNAIRE | <input type="checkbox"/> EXPLOITANT(E) AGRICOLE |
| <input type="checkbox"/> MILITAIRE | <input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISEZ) : | |

Précisez ses activités professionnelles ou ses moyens d'existence :

NATURE DES ACTIVITÉS	PÉRIODE D'EXERCICE	LIEU D'EXERCICE, DÉPARTEMENT OU PAYS																				
.....	Du <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> au <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
.....	Du <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> au <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
.....	Du <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> au <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				

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 (Précisez par mois, par trimestre ou par an)
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"/> des deux Date(s) de décès (joindre une copie de l'acte de décès) :	<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 DEVICES 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 ou votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire⁽¹⁾ avez fait donation depuis moins de 10 ans ou reçus en donation :

NATURE DES BIENS DONNÉS	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										
.....	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

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.

SI VOUS OBTENEZ LE BÉNÉFICE DE CETTE PRESTATION, VOUS DEVEZ DÉCLARER SPONTANÉMENT AU SASPA TOUT CHANGEMENT PORTANT SUR :

- LA RÉSIDENCE SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS : la condition de résidence est réputée remplie si le séjour hors du territoire français n'excède pas 6 mois (180 jours) durant l'année civile considérée. Pour une absence inférieure à 180 jours au cours de l'année civile, le versement des allocations est maintenu. Dans le cas contraire, le droit aux allocations est annulé et les prestations versées sont récupérées. Tout séjour hors du territoire doit être déclaré au préalable (date de départ). Si un séjour à l'étranger non déclaré au préalable est constaté, le versement des allocations est immédiatement suspendu.
- LES RESSOURCES ET LEUR ÉVOLUTION : par ressources, la réglementation entend tous les revenus personnels et ceux du conjoint, concubin, partenaire (rentes, pensions, retraites...) ou autres (salaires, avantages en nature...) ainsi que tous les autres éléments du patrimoine : maison, terrain, comptes bancaires et d'épargne, contrat d'assurance-vie, placements divers... qu'ils soient imposables ou non.
- TOUT CHANGEMENT D'ADRESSE OU DE COMPTE BANCAIRE OU POSTAL : afin de garantir le paiement de vos allocations, veuillez signaler au SASPA sans délai tout changement d'adresse ou de compte bancaire ou postal. Dans ce dernier cas, joignez à votre courrier un relevé d'identité de votre compte. Ne clôturez pas votre ancien compte tant que vos allocations ne sont pas virées sur le nouveau.
- LA SITUATION CIVILE : mariage, concubinage, nationalité, PACS, tutelles, décès...

Conformément à l'article R. 815-38 du code de la sécurité sociale, nous vous informons que tout changement de situation doit être déclaré dans les meilleurs délais. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

REMARQUE

L'absence ou l'omission de déclaration en temps opportun peuvent être assimilées à une fraude.

OBSERVATIONS

Notez ici toutes les informations complémentaires utiles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.

La loi rend passible d'amende ou d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (dispositions du code pénal).

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 par le demandeur/son représentant* 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 ni la signature du maire ni le cachet de la mairie sera retourné.

*si représentant, copie du document prouvant l'incapacité du demandeur de se déplacer (attestation d'hospitalisation par exemple).
Les attestations sur l'honneur ne sont pas acceptées.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données à caractère personnel recueillies sont destinées à la gestion des prestations dues et ne peuvent être communiquées à des tiers non autorisés. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur vos données à caractère personnel auprès du Directeur des Retraites et de la Solidarité, Caisse des dépôts et consignations, 2, avenue Pierre Mendès France, 75013 Paris.



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

DOCUMENTS À JOINDRE À VOTRE DEMANDE : *photocopies en noir et blanc*

Documents à joindre **obligatoirement** :

- ATTESTATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE page **03**
- COPIES DES DOCUMENTS ATTESTANT DE LA NATIONALITÉ
OU DE LA RÉGULARITÉ DU SÉJOUR (carte d'identité, passeport, titre de séjour,
documents particuliers pour les ressortissants UE, EEE ou confédération suisse...)..... pages **03, 04 et 06**
- COPIE DU LIVRET DE FAMILLE page **04**
- UN BIC-IBAN page **05**
- COPIE DE L'ACTE DE DÉCÈS page **11**
- COPIE DES DERNIERS RELEVÉS DES COMPTES BANCAIRES, POSTAUX OU PLACEMENTS page **12**

Documents à joindre **facultativement** :

- UN RELEVÉ DE CARRIÈRE DÉLIVRÉ PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL pages **07, 08, 09 et 10**
- COPIE DE L'AVIS D'IMPOSITION page **11**

Documents à joindre si vous êtes concernés :

- COPIE, POUR CHAQUE UNION, DU JUGEMENT DE DIVORCE,
SÉPARATION, RUPTURE DE PACS page **04**
- COPIE DE LA DERNIÈRE QUITTANCE DE LOYER (si locataire) 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**
- AVIS DE LA CDAPH/COTOREP page **06**
- EXTRAIT D'INSCRIPTION ET DE RADIATION AU REGISTRE DU COMMERCE
POUR LES COMMERÇANTS OU À LA CHAMBRE DES MÉTIERS POUR LES ARTISANS page **07**
- COPIE DES DÉCISIONS DE NOTIFICATION DE RETRAITE
(y compris ceux du conjoint, concubin ou partenaire) pages **07, 08, 09 et 10**
- COPIE DU DERNIER AVIS DE PAIEMENT D'AVANTAGE PERÇU page **11**
- COPIE DE L'ACTE DE DÉCÈS page **11**
- COPIE DE L'ACTE 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 par le code pénal.

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

**Récépissé 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 de solidarité active (RSA), une copie de ce récépissé 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



**Le demandeur
doit impérativement
CONSERVER
ce récépissé.**

saspa

SERVICE DE L'ALLOCATION DE SOLIDARITÉ
AUX PERSONNES ÂGÉES

GRUPE



Une gestion Caisse des Dépôts

Rue du Vergne - 33059 Bordeaux cedex
Téléphone : 05 56 11 33 99 - Fax : 05 56 11 33 01
www.saspa.fr