



**VENDÉE**  
LE DÉPARTEMENT

**Pôle Solidarités et Famille**  
**Direction de l'Autonomie des Personnes Âgées**  
**et des Personnes Handicapées**  
Service Départemental de l'Autonomie  
40 rue du Maréchal Foch  
85923 La Roche sur Yon cedex 9

## AUTORISATION DE PERCEPTION DES REVENUS PAR L'ÉTABLISSEMENT (À LA DEMANDE DU RÉSIDENT)

Demande formulée en application de l'article 132-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles et de l'article 4 du décret n° 2004-1136 du 21 octobre 2004.

### ÉTABLISSEMENT

N° FINESS

Je soussigné(e)

Nom ..... Prénom .....

Nom de jeune fille .....

Né(e) le ..... à .....

N° allocataire (CAF ou MSA) .....

Demande à ce que l'ensemble de mes revenus, y compris l'allocation de logement à caractère social, soit perçu directement par le comptable de l'établissement. À cet effet, je remettrai à celui-ci toutes les informations et tous les pouvoirs nécessaires, à charge pour lui de me restituer la part de mes revenus non affectée au paiement de mes frais de séjour.

Je devrai pouvoir obtenir au moins chaque trimestre un état détaillé établi en fonction du nombre de jours où j'ai été présent(e) dans l'établissement et relatant les sommes encaissées pour mon compte ainsi que leur utilisation.

Sous réserve de l'autorisation du Président du Conseil départemental et pour la durée fixée par celui-ci, le comptable pourra percevoir mes revenus à compter du .....

La présente demande peut être mise en cause à tout moment si ma situation administrative venait à changer ou si je souhaitais acquitter directement ma participation à mes frais de séjour.

Fait à .....

le .....

Le bénéficiaire de l'aide sociale ou son représentant légal\*

Signature :

## VISA DU COMPTABLE

## AVIS DU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

## DÉCISION DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Refus d'autorisation

ou

Autorisation pour une durée de ..... ans

À La Roche-sur-Yon,

le .....

Pour le Président et par délégation,  
Le Chef du Service Départemental de l'Autonomie,

Michèle BATY

\* Nom et prénom du représentant légal .....

Adresse .....

Téléphone ..... Courriel .....

Date de la décision du juge des tutelles le cas échéant .....



**VENDÉE**  
LE DÉPARTEMENT

**Pôle Solidarités et Famille**  
**Direction de l'Autonomie des Personnes Âgées**  
**et des Personnes Handicapées**  
Service Départemental de l'Autonomie  
40 rue du Maréchal Foch  
85923 La Roche sur Yon cedex 9

## **AUTORISATION DE PERCEPTION DES REVENUS PAR L'ÉTABLISSEMENT (À LA DEMANDE DE L'ÉTABLISSEMENT)**

Je soussigné(e), Monsieur/Madame .....

Directeur/directrice de l'EHPAD .....

atteste que M./M<sup>me</sup> ..... né(e) le ...../...../.....

résidant dans ledit établissement et bénéficiaire de l'aide sociale,

- ne s'est pas acquitté(e) de sa contribution à son placement depuis au moins trois mois ;
- demande en conséquence l'autorisation de percevoir directement sur le compte de l'établissement, les revenus de l'intéressé(e) y compris l'allocation logement à caractère social, conformément aux dispositions de la Loi n° 86.17 du 6 janvier 1986, du Décret n° 87.961 du 25 novembre 1987 et de l'article L.132-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

### **AUTORISATION DE PERCEPTION DES REVENUS**

Le PRÉSIDENT du Conseil départemental,

- Vu** la Loi n° 86.17 du 6 janvier 1986 adoptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence, en matière d'Aide Sociale et de Santé ;
- Vu** le Décret n° 87.961 du 25 novembre 1987, portant diverses mesures d'application de la loi précitée ;
- Vu** l'article L. 132-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu** la demande formulée par l'établissement quant à la perception directe des revenus de son résident, bénéficiaire de l'aide sociale,

#### **DÉCIDE**

L'établissement .....

est autorisé à percevoir les revenus de M./M<sup>me</sup> .....

pendant la durée de son placement.

À La Roche-sur-Yon,

le .....

Pour le Président et par délégation,  
Le Chef du Service Départemental de l'Autonomie,

Michèle BATY