



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

ALLOCATION DÉPARTEMENTALE PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

DÉCLARATION D'EMPLOI

(Article L232-7 du Code d'Action Sociale et des Familles)

**À compléter par le bénéficiaire ou sa famille,
signer et retourner à :**

Par courrier : Département de la Vendée
DAPAPH - Service Départemental de l'Autonomie
40 rue du Maréchal Foch - 85923 La Roche sur Yon cedex 9

Par mél. sda@vendee.fr

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE DE L'ADPA

NOM : **PRÉNOM :**
Date de naissance : N° dossier :
Adresse :
N° de tél. : Adresse mél. :

AIDE HUMAINE PAR PRESTATAIRE (à renseigner lorsque vous utilisez un service d'aide à domicile)

IDENTIFICATION DU (OU DES) SERVICES D'AIDE À DOMICILE

1 Nom du service d'aide à domicile : Date de début de la prestation :
Adresse :
2 Nom du service d'aide à domicile : Date de début de la prestation :
Adresse :

AIDE HUMAINE PAR EMPLOI DIRECT ou service mandataire (à renseigner lorsque vous êtes employeur des personnes qui interviennent à votre domicile)

IDENTIFICATION DU (OU DES) SALARIÉ(S) QUE VOUS EMPLOYEZ

1 Nom : Prénom :
Adresse :
Existe-t-il un lien de parenté avec le bénéficiaire : Oui Non
Si oui, lequel et âge de la personne :
Date d'embauche : Identifiant URSSAF :
Emploi CESU : Oui Non Nombre d'heures :
Intervention d'un service mandataire : Oui Non Si oui, lequel
2 Nom : Prénom :
Adresse :
Existe-t-il un lien de parenté avec le bénéficiaire : Oui Non
Si oui, lequel et âge de la personne :
Date d'embauche : Identifiant URSSAF :
Emploi CESU : Oui Non Nombre d'heures :
Intervention d'un service mandataire : Oui Non Si oui, lequel

Date

Signature du bénéficiaire,

RAPPEL : Tout changement ultérieur de salarié ou de service doit être déclaré dans les mêmes conditions.