

**CADRE RESERVE AU CONSEIL DEPARTEMENTAL**

**DECISION DU CONSEIL DEPARTEMENTAL – Le**

FAVORABLE

DEFAVORABLE

**MOTIVATIONS :**

POUR LA PERIODE DU .....AU.....

Direction de l'autonomie des Personnes Agées  
Et des personnes Handicapées  
Service de l'Offre d'Accueil et d'Accompagnement  
Mail : soa-ums@vendee.fr  
☎ 02.28 85 73 49

**Formulaire de demande de prolongation d'hébergement temporaire**

**PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE:**

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE/DOMICILE DE SECOURS :

REVISION ADPA

OUI

NON

[ ] *Le consentement de la personne concernée a bien été recueilli par l'établissement demandeur*

**Signature de l'utilisateur :**

Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Département de la Vendée pour la gestion administrative des demandes de prolongation d'hébergement temporaire, leur suivi, la réalisation de statistiques anonymes et la promulgation d'une décision. Les données collectées et traitées sont conservées en lien avec les dispositions législatives et réglementaires en vigueur ou à défaut conformément aux prescriptions des archives de France et/ou des archives départementales et sont destinées aux agents habilités du Département de la Vendée. Conformément à la loi « informatique et libertés » modifiée, vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès et également exercer votre droit d'accès aux données, d'opposition, de suppression et de limitation aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le service de l'offre d'accueil et de service par voie électronique à l'adresse [soa-ums@vendee.fr](mailto:soa-ums@vendee.fr) ou le délégué à la protection des données par voie électronique à l'adresse [protection.donnees@vendee.fr](mailto:protection.donnees@vendee.fr) ou à défaut par voie postale : Département de la Vendée, Délégué à la protection des données, 40 rue du Maréchal Foch, 85923 LA ROCHE-SUR-YON CEDEX 9. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr))

**NOM DE L'ETABLISSEMENT DEMANDEUR :**

Nom-Prénom – Fonction – Téléphone du demandeur:

**DATE D'ENTREE DANS L'ETABLISSEMENT :**

**RENOUVELLEMENT SOLLICITE A COMPTER DU :**

**MOTIVATION DE LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT :**

**Cachet de l'établissement**

Le décret 204-231 du 17 mars 2004 prévoit que chaque résident ouvre droit à 90 jours d'hébergement temporaire par année civile. Cet avis ne présage pas de la décision finale dans le cas où le bénéfice de l'aide sociale à l'hébergement serait demandé.

La responsable de l'Unité Médico-Sociale du Service de l'Offre  
d'Accueil et d'Accompagnement  
Maryline POTIER