

CHARENTE

LE DÉPARTEMENT

Dossier de demande : Aide à la Vie Partagée (AVP)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Demandeur	Madame	Monsieur	Conjoint(e)	Concubin(e)	Pacsé(e)
NOM	BARCIKOWSKI		NOM :		
Prénom :	Christiane		Prénom :		
Nom de jeune fille :			Nom de jeune fille :		
Date de naissance :	09/01/1948		Date de naissance :		
Lieu de naissance :	Saint-Jovère		Lieu de naissance :		
Nationalité :	F.		Nationalité :		
Date d'arrivée en France :			Date d'arrivée en France :		
N° sécurité sociale + clé :	248 01 74241 001		N° sécurité sociale + clé :		
Situation familiale :	divorcée		Situation familiale :		
Bénéficiez-vous d'une décision MDPH?	<input checked="" type="checkbox"/>		Bénéficiez-vous d'une décision MDPH?		
Etes-vous retraité(e) ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Etes-vous retraité(e) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, précisez votre régime de retraite principal.	éducation nationale, CARSAT		Si oui, précisez votre régime de retraite principal		

Votre conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e) demeure ☐ à votre domicile ☐ à une autre adresse, précisez :

Adresse actuelle//Habitat inclusif	N° et voie : 72
Depuis le 07/07/2025	10 rue de la République
	Commune : Auxais-Valdalle Code postal : 16560
	Canton :
Adresse précédente	Date d'arrivée : Date de départ :
	N° et voie : 10 route de Rouillac
	Commune : St-Jean-d'Hervey Code postal : 16570
Vous étiez	<input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> locataire <input checked="" type="checkbox"/> hébergé à titre gratuit <input type="checkbox"/> en viager <input type="checkbox"/> en famille d'accueil agréée <input type="checkbox"/> en établissement pour personnes âgées
N° téléphone	06 41 25 92 15

Informations sur les services d'aides, et qui vous viennent en aide de manière régulière et fréquente

Nom du service d'aide à domicile, SAVS, SAMSAH, SSIAD.....

Nature de l'aide apportée (par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...)
.....

Mentionner le cas échéant, l'existence d'une mesure de protection juridique

☐ tutelle ☐ curatelle ☐ sauvegarde de justice

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure (joindre copie du jugement).....

Allocations : percevez-vous ?

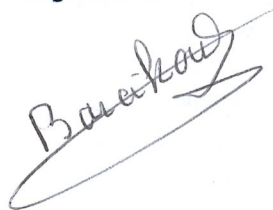
- ☐ Allocation personnalisée d'autonomie
- ☐ Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)
- ☐ Prestation de compensation du handicap (PCH)
- ☐ Prestation complémentaire pour recours à tierce personne
- ☐ Aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale
- ☐ Aide-ménagère versée par les caisses de retraite
- ☐ Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)
- ☐ RQTH
- ☐ Carte mobilité inclusion

L'AVP sera versée directement au porteur du programme, signataire de la convention avec le Département.

Je soussigné(e) M. ☐, Mme ☒ BARCİKOWSKI Christiane

Déclare avoir pris connaissance du versement direct de l'AVP au porteur du programme d'habitats inclusifs ou je réside.

A le 07/07/2025
Signature



Coordonnées du porteur de l'habitat inclusif

Commune d'Aussac - Vadalles

Coordonnées de la personne référente à contacter au sein de l'habitat inclusif

NOM et Prénom (lien)

M. Gérard Diet, le Maire

Adresse

Commune Aussac - Vadalles Code postal.....16560.....

61, rue de la République

N° de téléphone

05 45 20 61 60

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI «INFORMATIQUE ET LIBERTES » DU 6 JANVIER 1978

Les renseignements portés sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 qui protègent les droits et libertés individuels. Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies les informations nominatives sont informées que :

- Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier
- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement ;
- En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées et traitées informatiquement.
Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité à :
Monsieur le Président du Conseil départemental.

Je soussigné(e) M. ☐ , Mme ☒ BARCIKOWSKI Christine

Agissant en mon nom propre ou en qualité de représentant(e) légal(e) du demandeur, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

Fait à Vadalles le 07/07/2025.

Signature



Conformément à l'article L. 232-16 du Code de l'action sociale et des familles, pour vérifier les déclarations des intéressés, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer.

Le fait de percevoir ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code pénal (article L. 133-6 du Code de l'action sociale et des familles).

**PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE AU DOSSIER DUMENT
COMPLÉTÉ :**

Le dossier ne sera déclaré complet qu'au vu des pièces justificatives suivantes à joindre à la demande

- La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport d'un Etat membre de l'Union européenne ou extrait d'acte de naissance ; ou la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour
- La notification MDPH (si vous avez un dossier MDPH)
- La Charte de vie sociale et partagée signée avec le bailleur (dès sa signature)
- Le Contrat de bail

DEPARTEMENT DE LA CHARENTE - PÔLE SOLIDARITÉS

Service Ingénierie Qualité

31 boulevard Émile Roux - CS 60000 - 16917 ANGOULÊME cedex 9

Tél. : 05.16.09.76.12 ou 05 .16.09.76.27