

Demande de paiement de la participation forfaitaire de l'Etat aux dépenses engagées au titre de la phase d'évaluation et de mise à l'abri des personnes se présentant comme MNA

Nom du département* : _____

SIRET* :

Courriel* : _____

Ce courriel sera systématiquement utilisé pour les échanges entre l'ASP et le conseil départemental.

Année* : _____

Trimestre concerné* : _____

Numéro de formulaire pour le trimestre concerné* : /

Indiquer avant le slash le numéro de ce formulaire au titre de ce trimestre, et indiquer après le slash le nombre total de formulaire(s) au titre de ce trimestre. Exemple : si vous devez remplir 3 formulaires au titre de ce trimestre, indiquer sur chacun respectivement 1/3, 2/3 et 3/3.

Il s'agit d'une 1^{ère} demande ou d'une modification des données précédemment communiquées (je complète le cadre ci-dessous).

Il ne s'agit pas d'une 1^{ère} demande ni d'une modification des données précédemment communiquées (je ne complète pas le cadre ci-dessous).

Adresse :

Numéro : _____ Libellé de la voie* : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal* : Commune* : _____

Coordonnées bancaires :

Titulaire du compte (raison sociale)* : _____

Code IBAN* :

Code BIC* :

Le conseil départemental demande le versement de l'aide sur les coordonnées bancaires communiquées ci-dessus. Le virement bancaire est le seul moyen de paiement utilisé pour le versement de l'aide.

Au titre de la mise à l'abri

Nombre de personnes mises à l'abri* :

Nombre de jours de mise à l'abri dans les 14 premiers jours* : x 90 € = (1) €

Nombre de jours de mise à l'abri les 9 jours suivants* : x 20 € = (2) €

Sous Total (3 = 1 + 2) : €

Au titre de l'évaluation sociale et de la première évaluation des besoins en santé

Nombre de personnes ayant bénéficié d'une évaluation sociale

et s'étant vues proposer une première évaluation de leurs besoins en santé* : x 500 € = (4) €

Sous Total (4) : €

Total de la participation forfaitaire demandée (3 + 4) : €

* = champ obligatoire : en l'absence de ces informations, votre demande ne pourra être traitée

Je soussigné certifie avoir respecté les dispositions des articles R.221-11 et R.221-12 du code de l'action sociale et des familles ainsi que des arrêtés pris pour leur application.

Je demande le paiement de la participation forfaitaire de l'Etat aux dépenses engagées au titre des évaluations sociales ainsi que des mises à l'abri listées en annexe.

Par la présente, j'atteste en particulier que, s'agissant des évaluations sociales au titre desquelles je demande le paiement de la participation forfaitaire de l'Etat, les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- je n'ai pas connaissance d'une évaluation sociale antérieure de la minorité et de l'isolement de la personne par un autre conseil départemental ;
- l'évaluation sociale de la minorité et de l'isolement de la personne a été réalisée conformément à l'article R. 221-11 du code de l'action sociale et des familles et à l'arrêté interministériel pris pour son application ;
- la personne a bénéficié d'une première évaluation de ses besoins en santé et, le cas échéant, d'une orientation en vue d'une prise en charge. Toutefois, si la personne s'est vue proposer une telle évaluation ou une telle orientation, et l'a refusée, la condition est considérée comme remplie.

S'agissant des mises à l'abri au titre desquelles je demande le paiement de la participation forfaitaire de l'Etat, j'atteste que la personne a bénéficié d'un hébergement adapté à sa situation, ainsi que d'un premier accompagnement social.

J'ai pris note de ce que l'exactitude des informations figurant dans la présente attestation et en annexe pourra faire l'objet de contrôles et m'engage à produire les pièces justificatives correspondantes¹ sur simple demande de l'Agence de services et de paiement (ASP).

Je note également que les échanges avec l'ASP se feront à partir du courriel communiqué dans le formulaire.

Fait à : _____ le :

Pour valoir certification du service fait.

(Nom et cachet du signataire – qualité du signataire – signature)

La demande et l'attestation doivent être **complétées informatiquement, imprimées, signées (date de signature, signature originale, qualité et cachet du signataire) puis envoyées**

à la

Direction régionale de l'ASP de Bourgogne Franche-Comté
70 rue Trépillot
25044 BESANCON Cedex

Tél : 03 81 54 38 00

¹ S'agissant de l'évaluation sociale : copie du rapport des évaluateurs datée et anonymisée faisant apparaître la date de conclusion de l'évaluation sociale.

S'agissant de la mise à l'abri : factures pour les nuitées d'hôtel et les prix de journée des établissements de l'ASE, contrats d'accueil pour les assistantes familiales, attestation sur l'honneur mentionnant les dates d'accueil par un tiers bénévole, ou tout autre justificatif équivalent.

Détail des mises à l'abri et des évaluations sociales au titre desquelles la participation forfaitaire de l'Etat est demandée

N°	Date de naissance déclarée*	Mise à l'abri				Evaluation sociale		
		Durée (jours)	Date de fin	Type ²	Raison sociale et adresse du lieu d'hébergement	AEM ³	Date de conclusion	Minorité
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								

² Etablissement, Accueil familial, Hébergement autonome, Tiers bénévole, Hôtel, Centre d'hébergement ou Autre.

³ AEM non consulté, Jeune inconnu, Jeune déjà évalué ou Autre résultat.

N°	Date de naissance déclarée*	Mise à l'abri				Evaluation sociale		
		Durée (jours)	Date de fin	Type ²	Raison sociale et adresse du lieu d'hébergement	AEM ³	Date de conclusion	Minorité
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								
48								
49								
50								
51								
52								
53								
54								
55								
56								
57								
58								
59								
60								
61								
62								
63								
64								
65								
66								
67								
68								

N°	Date de naissance déclarée*	Mise à l'abri				Evaluation sociale		
		Durée (jours)	Date de fin	Type ²	Raison sociale et adresse du lieu d'hébergement	AEM ³	Date de conclusion	Minorité
69								
70								
71								
72								
73								
74								
75								
76								
77								
78								
79								
80								
81								
82								
83								
84								
85								
86								
87								
88								
89								
90								
91								
92								
93								
94								
95								
96								
97								
98								
99								
100								
101								
102								
103								

N°	Date de naissance déclarée*	Mise à l'abri				Evaluation sociale		
		Durée (jours)	Date de fin	Type ²	Raison sociale et adresse du lieu d'hébergement	AEM ³	Date de conclusion	Minorité
104								
105								
106								
107								
108								
109								
110								
111								
112								
113								
114								
115								
116								
117								
118								
119								
120								
121								
122								
123								
124								
125								
126								
127								
128								
129								
130								
131								
132								
133								
134								
135								
136								
137								
138								

N°	Date de naissance déclarée*	Mise à l'abri				Evaluation sociale		
		Durée (jours)	Date de fin	Type ²	Raison sociale et adresse du lieu d'hébergement	AEM ³	Date de conclusion	Minorité
139								
140								
141								
142								
143								
144								
145								
146								
147								
148								
149								
150								

Je soussigné certifie l'exactitude des informations ci-dessus.

Fait à : _____ le : _____

Pour valoir certification du service fait.

(Nom et cachet du signataire – qualité du signataire – signature)